

SEMINARIO DEL PROF. CREMERIUS

del

28/10/1976

Secondo Seminario sul Superio: La Tecnica terapeutica

Cremerius - Oggi tratterò le difficoltà specifiche che l'analista incontra trattando pazienti con <sup>una</sup> struttura superegoica patologica. Questi pazienti accettano la regola fondamentale con grande soddisfazione perché essa promette loro due cose: la prima, è la possibilità di svolgere un compito e la fantasia del compito da fare, della richiesta da soddisfare. <sup>Questo</sup> permette ai pazienti la ripetizione dell'altalena tra piacere e dispiacere, tra sentirsi bene e sentirsi male. Se il paziente riesce a svolgere il compito è contento, se non ci riesce è scontento. L'altro aspetto consiste nel fatto che la regola fondamentale diventa per il paziente una specie di cornice entro la quale si può orientare, perché il suo Io, come abbiamo già detto, è tanto debole da aver sempre bisogno di un dovere, di un sistema di riferimento. Tutto quello che è aperto, indefinito, spontaneo, gli fa paura e aumenta la pressione del Superio nel senso del controllo. Entro la cornice offerta dalle regole fondamentali questi pazienti non sentono il pericolo di trovarsi in uno spazio aperto, poco o non definito, nel quale può avvenire una relazione spontanea. La regola diventa allora una specie di corrimano a cui attaccarsi, si trasforma per loro in un parametro che offre protezione, e in questo caso finisce col costituire un aspetto non analitico, cioè dà soddisfazione invece di astinenza. Siccome

la maggioranza degli analisti offre la regola prima di conoscere la struttura del paziente, può accadere che il paziente con una struttura superegoica molto rigida entri nel sistema, e l'analisi vada avanti a lungo senza che noi ci accorgiamo che per lui è un vero godimento, un modo di vivere la sua nevrosi con noi. In apparenza può presentarsi come il miglior paziente che si possa avere: è puntuale, lavora per tutta la seduta, non fa sciocchezze, non attacca l'analista, paga il massimo e magari un giorno prima del dovuto, porta tre sogni invece di uno, fa associazioni fino alla morte.

L'analista inesperto o autoritario crede di avere un paziente ottimo.

Però io ho visto anche dei casi nei quali cominciare l'analisi con l'enunciazione della regola fondamentale produce un blocco totale nel paziente, <sup>il quale</sup> ~~che~~ non riesce più a parlare e resta per ore e ore, magari per settimane e mesi, completamente muto perché la situazione che si determina ("io devo soddisfare questo compito: il silenzio, il lettino, l'analista dietro di me, e davanti a me solo il dover dire tutto quello che mi viene in mente") diventa impossibile e lo blocca completamente.

Per comprendere che cosa succede al paziente, ritorniamo a quanto abbiamo già detto del rapporto tra Io e Superio: "io devo fare piacere al Superio", <sup>l'io</sup> ~~e vediamo che nel caso di cui parliamo c'è~~ <sup>in questo caso vediamo che</sup> già sull'analista la proiezione del Superio, per cui se non faccio come dice l'analista lui non mi ama, io non mi posso amare, e da qui il blocco totale.

E' importante capire cosa succede e parlare con il paziente del problema. Uno dei movimenti che l'analista può fare con un paziente che sta assolutamente silenzioso dopo l'enunciazione della regola

fondamentale è quello di offrirgli per esempio questa ipotesi: \*  
"forse per lei cominciare a parlare è un ostacolo molto grande perché lei crede di dover fare tante cose troppo difficili. Forse lei pensa di dover fare un miracolo". E, per diminuire questa pressione, si può parlare con lui della difficoltà che la gente ha di dire <sup>incontrata nel lavoro</sup> tutto.

Oppure possiamo parlargli della funzione di controllo, ossia che lui non può parlare perché durante il silenzio deve esaminare ogni associazione che gli viene in mente per vedere se è tollerabile per il suo sistema morale, di convenzioni, ecc.

Ci sono molti sistemi di riferimento. Per esempio, può accadere che durante il silenzio al paziente vengano in mente delle cose, ma "questo non lo posso dire perché è stupido; questo non lo posso dire perché è banale; questo non lo capisco; questo l'ho già detto; questo è ridicolo; se lo dico l'analista ride". Dopo che in silenzio ha fatto questo lavoro, il paziente non è più capace di parlare. Il problema può anche essere quello di scegliere; come si fa a scegliere sotto il controllo del Superio? Racconto un sogno, una storia della mia infanzia o il problema che ho avuto ieri sera con mia moglie? Se scelgo A, l'analista può pensare che sono stupido; oppure se scelgo B, posso prendere la strada falsa e allora dove arrivo?

Un altro aspetto di questo problema può essere: io ho paura di deludere. Questo capita soprattutto se il paziente è psicologo o psicoanalista in training. Il suo Superio gli dice: tu devi offrire qualcosa di buono, di interessante. Allora cosa faccio, parlo di questo? No, parlo di quest'altro? Sto zitto? e così via.

Tecnicamente quello che dobbiamo fare all'inizio, quando la te-

repia incomincia con un silenzio così grave, consiste nel ripetere seduta per seduta il fatto, nient'altro che il fatto; <sup>Questo</sup> cioè, consiste nel dire seduta per seduta: "è importante che noi vediamo assieme che c'è qualcosa in lei che non le permette di dire le cose che sente, perché crede che siano troppo banali, troppo stupide o forse sbagliate...." e dire tutto quello che è adeguato, possibile e specifico per il caso.

Qui incomincia il transfert specifico del paziente superegoico; attraverso questo silenzio, questo "non so che cosa fare", il paziente aumenta la tensione tra sé e l'analista. Per esempio, se il paziente continua così per mesi è quasi impossibile non trovarsi in un certo stato di tensione. Si instaura cioè quella relazione sadomasochista che il Superio ha con il suo Io, e perciò è importante capire molto presto il meccanismo per capire il controtransfert e per non farsi immobilizzare nel modo che il Superio inconscio vorrebbe, cioè litigare o lottare o soffrire.

Un'altra modalità è quella adottata dai pazienti che si preparano alla seduta e arrivano con il sacco pieno di materiale. Anche il trattamento del paziente che parla è difficile; Per esempio, quando un paziente sfrutta un argomento che sa interessare l'analista (a Friburgo sanno che io mi interesso di letteratura e certi pazienti arrivano pensando di parlarvi di Camus o di Thomas Mann per soddisfare il mio Superio). In questi casi è difficile interpretare un comportamento del genere come un meccanismo difensivo, perché di solito queste persone hanno una parte di Io intatta che ha potuto sviluppare la capacità di leggere, di interessarsi di letteratura e se io la rifiuto come un metodo suggerito dal suo Superio offendo il suo Io. Io credo infatti che sia più difficile

incominciare l'analisi con un paziente superegoico che parla, che con uno che non parla. Se il paziente ha la possibilità di servirsi di qualcosa che sa, per esempio, musica o letteratura, da offrire all'analista, è molto difficile interpretare senza offendere il suo narcisismo. Allora, io lascio andare e parlo con lui di letteratura, aspettando fintanto che il paziente dice: "Ma perché parlo di letteratura?" E' meglio aspettare le 4-5-6 settimane che di solito dura questa fase. In genere, non dura più a lungo perché il Superio non lo sopporta. Per un paziente superegoico fare l'analisi significa un duro lavoro, mettere il naso nella cacca, per cui fare l'analisi parlando di Camus o di Moravia non è accettabile. Perciò di solito questo finisce rapidamente; la reazione normale è la delusione con se stesso.

Un'altra apertura di analisi, soprattutto con pazienti intellettuali, psicologi, medici in training, ecc., è quella di usare l'analisi come confessione. Qualche volta per l'analista è difficile capirlo perché il paziente intelligente può farlo in una maniera così raffinata, sottile, che è difficile capire che per lui costituisce una forma di abreazione. Il pericolo per il processo analitico è che, prendendo questa strada, il paziente sviluppi la fantasia che il suo analista sia una persona che capisce tutto, che accetta tutto, per cui segretamente ne fa una specie di Dio; questa è la proiezione totale del suo Superio. La relazione del paziente con l'analista avrà in questo caso lo stesso destino della relazione del Superio con l'Io, ossia finisce con una completa delusione, con una punizione e con un abbandono. Questi pazienti abbandonano l'analisi con odio. Se un giorno, sia per caso, <sup>che</sup> sia per un intervento dell'analista, capiscono che l'analista non è quel Dio che hanno

fantasticato, fanno la stessa cosa che fanno sempre, lo svalutano, lo distruggono, lo odiano, lo abbandonano. E, a seconda della struttura, entrano in uno stato di rabbia, oppure di lutto, depressione, tristezza.

Poiché in Germania, come in tutta l'Europa in genere, il Superio rappresenta il problema centrale per la terapia, io dò una regola fondamentale molto elastica, dico qualcosa, ma facendo attenzione che non assuma il carattere di una regola.

INT. 1 - Cioè, lei non dice che cosa si deve fare nelle sedute, non dà istruzioni?

Cremerius - Sì, io non dico: "lei deve dire tutto quello che le viene in mente, i sogni, le fantasie, ecc." Io dico: "Vede, c'è il lettino e normalmente lo facciamo sul lettino, io sto dietro di lei e adesso parlo. In seguito lo farò molto meno. Forse le sembrerà difficile, e se sarà troppo difficile si può anche cambiare. Lei provi per vedere quello che sente e mi racconti." Se non si dice assolutamente niente, in questi casi, il paziente si perde nel lettino. Allora lo si deve aiutare un po'; la prima volta <sup>che</sup> quando si sdraia ~~e~~, se dopo dieci minuti non ha ancora parlato, io dico, per esempio: "Che cosa c'è? Che difficoltà ha?" Il paziente risponde: "Io non so come incominciare. Non so che cosa dire." Allora io gli dico: "Ma sa, questo è sempre difficile per tutti, più o meno. Lei ha tempo. Lei può pensare. Tutto va bene."

INT. 2 - Un atteggiamento tollerante. Ma questo di dare una regola molto vaga ed elastica lo fa in genere oppure solo se pensa che ci sia nel paziente una struttura superegoica particolarmente rigida?

Cremerius - Io lo faccio in genere perché mi sento meglio senza la regola. Il setting dell'analisi è così autoritario, che io mi sfor-

zo di ridurre tutto quello che va nel senso dell'autorità. Per me personalmente è difficile lavorare senza lettino, perché mi sento più libero, più creativo, più spontaneo quando non ho un paziente vis-à-vis che mi guarda in faccia. E allora, siccome ho bisogno del lettino, non posso cambiare la situazione che è automaticamente autoritaria; <sup>e con</sup> perciò diminuisco la componente autoritaria dappertutto dove posso senza diminuire "la mia metoda".

E' importante qui notare un punto; <sup>come</sup> cioè, ~~poiché~~ tutti i pazienti gravi della struttura superegoica lavorano soprattutto con il meccanismo della proiezione, può capitare che proiettino l'oggetto cattivo sull'analista, e allora l'analisi è quasi impossibile. Per trovare una posizione in cui sia possibile il massimo, io dò la regola fondamentale in maniera così elastica <sup>da</sup> ~~per~~ non mettere in mano al paziente il modo d'incominciare subito con la proiezione dell'oggetto cattivo: "lei mi ha detto...". Se l'apertura è questa: "lei mi ha detto", le speranze sono poche.

Con i sogni è la stessa cosa, cioè è meglio non dire che parte della regola consiste nel raccontare sogni. Tuttavia i pazienti sanno che parte del nostro lavoro è sui sogni, raccontano i loro sogni e molto spesso questo tipo di paziente racconta 3-4-5 sogni per seduta. In questi casi l'analista non può fare altro che dire dopo 50 minuti: la seduta è finita. Questo può ripetersi molte volte di seguito e bisogna stare molto attenti e interpretare il carattere del compito. Si capisce che un comportamento del genere è adottato soprattutto da pazienti con disturbi gravi, che soffrono molto, perché così ottengono la maggiore soddisfazione dal loro masochismo: raccontare sogni per 50 minuti e andarsene pensando: "ma che cosa ho fatto? Ho pagato ventimila lire, ho raccontato cinque

sogni, non ho capito niente, non so niente, l'analista non mi ha detto niente, sto male come prima..."

Sempre parlando di un paziente con una struttura superegoica grave, cioè non con una struttura superegoica normale, soffermiamoci su qualche pensiero prognostico prima di cominciare a lavorare con lui. Come sempre ci sono due aspetti da prendere in considerazione: uno riguarda il paziente e l'altro noi. La prima è di avere una certa insight sulla struttura del paziente; l'altra è di chiedersi se si ha la struttura giusta per lavorare con questo paziente. In quest'ultimo caso si tratta soprattutto di domandarsi: com'è la struttura del mio Superio? La domanda è se i miei introietti infantili hanno lo stesso carattere severo, arcaico degli introietti del paziente.

Dal paziente invece noi vogliamo sapere la rigidità del suo Superio. Il criterio è: quanto spazio del suo Io non è controllato dal Superio? se ci sono ancora zone nel suo Io nelle quali il Superio non governa totalmente. Un secondo punto è: quanta parte del transfert libidico <sup>presente</sup> sia nella vita privata del paziente che, con l'analista, <sup>è</sup> ~~è possibile tener fuori~~ <sup>tenuto</sup> dal controllo superegoico. La questione, cioè, è la seguente: quanti impulsi dell'Es possono pervenire all'apparato cognitivo senza essere tagliati via prima di arrivare. Se, per esempio, abbiamo un paziente che non raccoglie più i segnali, diventa molto difficile lavorare.

Il terzo punto è la qualità del meccanismo di difesa. La situazione peggiore, maligna addirittura, è rappresentata da quelle forme di proiezione che lavorano con reintroiezione: proiettare-reintroiettare, proiettare-reintroiettare, continuamente.

Un altro punto, difficile da individuare all'inizio dell'analisi,

è su quale livello dello sviluppo dell'istinto e dell'Io si è formato il Superio. La regola è: tanto più è precoce, tanto più è cattivo, maligno. Altra regola è: il legame con il masochismo rappresenta la forma più maligna.

Un criterio che possiamo ricercare nel rapporto con il paziente è quello di stabilire quanto il paziente è capace di accettare una forma di comunicazione che contenga simpatia, accettazione, ecc. Con questo è collegata la questione se il paziente ha ancora la possibilità di identificarsi con un oggetto che è un po' diverso dal suo ideale superegoico. Quando parliamo dell'identificazione siamo già dentro nella tecnica: che posizione devo prendere nel transfert che sia abbastanza tollerante, ma non troppo, in modo che il paziente mi possa sopportare. Se sono troppo liberale la paura aumenta e il paziente scappa, cosa che accade spesso con gli analisti candidati che trattano i loro primi casi. Di fronte a un paziente così rigido, l'analista inesperto è carino, gentile, offre amore e simpatia, e il paziente non ritorna.

+++++

Adesso vorrei trattare altri due argomenti, ossia le regole generali e le regole specifiche per il trattamento del paziente con struttura superegoica fortemente patologica.

La prima è più generale regola e anche la più importante è: nessun lavoro sull'organizzazione difensiva dell'Io, cioè non lavorare sulle difese, sul meccanismo della difesa dell'Io; nessun intervento sulla rimozione, prima che il Superio non si sia ridotto; cioè prima che l'Io non abbia imparato a conoscere il terrore del Superio, abbia capito che c'è uno che lo terrorizza. Altrimenti, se

lavoriamo su un meccanismo di difesa prima di aver ottenuto questo, l'Io diventa più debole. La teoria sostiene che ogni lavoro su un meccanismo di difesa aumenta la forza, l'indipendenza, l'autonomia dell'Io. Qui è viceversa. Quando la relazione tra il Superio e l'Io è come l'abbiamo descritta, il Superio deve controllare l'Io perché l'Io costituisce il bastione contro l'Es. Se quella barriera diminuisce, la paura del Superio che queste cose terribili, istintive, possano entrare aumenta. Teoricamente, quindi, diventa chiaro: non lavorare sul sistema difensivo.

Un altro aspetto importante consiste nel non fare operazioni che permettano all'Io di entrare in contatto col materiale rimosso. Per intenderci, possiamo dire che le operazioni che si compiono normalmente in analisi sono due: la prima consiste nel diminuire le difese; la seconda è la conseguenza della prima, cioè riemerge il rimosso e l'Io raccoglie quel materiale che un tempo venne rimosso. Quando il materiale rimosso rientra, succede la stessa cosa che avviene quando si fa un lavoro sui meccanismi di difesa: aumenta subito il controllo del Superio, ma collegato con vergogna. Quando si lavora soltanto sul meccanismo, il Superio si difende perché sente paura, ma se l'analista sbaglia e fa qualcosa per cui il paziente vede, sente o capisce un po' del materiale rimosso, il Superio sente vergogna. Io sottolineo questo secondo punto; è quasi la stessa cosa, ma voglio sottolineare egualmente l'importanza della vergogna. Noi sentiamo questi piccoli segnali della vergogna, perché quando il Superio prova vergogna, possiamo pensare che eserciti un tremendo terrore contro questo Io che ha raccontato delle cose terribili.

La vergogna è un punto centrale per il Superio. E si capisce

anche il perché; la tolleranza è una qualità dell'Io, è la capacità di accettare che l'Io sostenga, ad esempio, che due più due fa cinque, o qualcosa tra quattro e cinque; mentre per il Superio due più due fa sempre quattro e quando l'Io dice: oggi diciamo cinque, si vergogna in un modo tremendo, per cui deve punire l'Io.

INT. - Quindi possiamo dire che la vergogna è l'indice che <sup>mette</sup> ~~entre-~~rà in atto un'azione repressiva del Superio; Se il paziente avverte vergogna, l'Io verrà compresso ulteriormente.

Cremerius - E perciò è importante che l'analista all'inizio della terapia non faccia nulla che ridesti la vergogna nel paziente.

INT. - Molte volte i contenuti di questa vergogna lasciano veramente perplessi. Non si capisce mica dove stia la causa della vergogna; è un fatto totalmente soggettivo. Si tratta di cose minime; è una vergogna solo personale.

Cremerius - Sì, è vero. Non segue le regole sociali; non si tratta di cose di cui tutti si vergognerebbero.

INT. - Lei, davanti a queste comunicazioni che vengono anticipate da sudori, rossori, contorcimenti, come reagisce?

Cremerius - Io cerco di accompagnare il processo con le parole. Dico per esempio: "Io vedo come lei si sente pressato, suda, arrossisce, e mi chiedo se c'è una possibilità di aiutarla."

INT. - Anni fa io dicevo ingenuamente: "ma di che cosa si vergogna?" ossia comunicavo il mio stupore perché non trovavo nulla di vergognoso. Questo atteggiamento era disastroso; mostrare stupore sull'innocuità dei contenuti rendeva la cosa ancora più vergognosa. Infatti, ho smesso di stupirmi.

INT. 1 - Io penso che si tratti di residui infantili. Il bambino si vergogna perché la mamma lo ha beccato mentre rubava la marmellata. Per un adulto è una cosa che fa ridere, ma per un bambino è una catastrofe. C'è un mio paziente, per esempio, che ha vissuto come infamante il ricordo di un episodio infantile, nel quale uno zio lo ha scoperto mentre lui stava rubando un po' di latte dalla pentola della nonna e lo travasava nella pentola della mamma. Lo zio lo ha rimproverato, ma soprattutto lo ha canzonato, lasciandolo annichilito. Oggi per il mio paziente questa è la vergogna.

Cremerius - Adesso possiamo passare a un altro aspetto. Molto spesso questi pazienti raccontano seduta per seduta cose negative di se stessi, con grande facilità.

INT. 1 - Anzi, direi che questi pazienti molto spesso non sono in grado di raccontare di sé che cose molto negative. Parlano sempre di se stessi in modo molto spregiativo, svalutante.

Cremerius - Sì, proprio così. Per esempio, un mio paziente è tornato dalle ferie e per tre sedute ha raccontato soltanto le cose che non sono andate bene. Siamo già avanti con l'analisi, e con un piccolo movimento gli è stato possibile vedere questo aspetto e dire: "sì, è vero". La vergogna riguarda l'aspetto positivo. Il paziente ha detto: "Io non posso raccontare che la prima notte delle vacanze ho avuto un rapporto sessuale molto bello con mia moglie. Ho avuto due erezioni. Ho sentito molto piacere e mia moglie ha detto: come sei forte stanotte." Questa era la vergogna, questo non mi poteva raccontare. E si capisce perché: si tratta di una struttura sadomasochista, per cui tutto quello che serve a soddisfare il masochismo nella relazione con me (guarda come sono sporco, stupido, impo-

tente, debole) non costa niente, mentre il segreto, ossia che egli ha delle fantasie falliche, costituisce la vergogna. E' molto importante, quando un paziente continua a parlare di sé in maniera negativa, svalutante, dispregiativa, interromperlo e chiedergli: "Ma era sempre così? Non c'è stata nessuna ora con il sole?"

Quando questo paziente ha potuto raccontare la storia del rapporto soddisfacente con la moglie, io ~~gli~~ ho sottolineato che per lui era più difficile parlare di questo che di tutti i suoi insuccessi, e il paziente ha capito. E' diminuito così il controllo verso l'amnesia infantile ed è riemerso il ricordo di una volta in cui suo padre, quando lui aveva circa quattro anni, gli ha detto: "Canta un po'," perché sapeva cantare molto bene. Lui allora si è nascosto sotto una sedia e ha cantato da là sotto, perché si vergognava di essere visto quando cantava. E di qui iniziava un albero filone di ricordi con il padre.

Mi ricordo una situazione che mi ha raccontato una signora cattolica il cui figlio di nove anni si preparava alla prima comunione. Il giorno che il ragazzo doveva fare la sua prima confessione, è andato dalla madre piangendo e le ha detto che aveva paura a confessarsi. La mamma gli ha chiesto cosa aveva fatto di male. Dopo una lunga esitazione, sempre piangendo, il bambino ha detto: "Mi sono toccato nel sedere con la mano." Io penso che il ragazzo si sia vergognato perché il Superio ha detto: "Tu sei un peccatore. Tu hai fatto certamente qualcosa di male", e l'unica cosa che lui poteva realizzare era il godimento che aveva provato quando si era grattato il sedere. E perché questo? Io credo che il Superio del ragazzo sia rimasto bloccato da tutto il gran parlare di peccati sessuali che era stato fatto durante la preparazione religiosa alla

comunione e, non potendo confessarsi senza dire di essere un peccatore, il ragazzo ha dovuto inventare un peccato.

Quando il Superio è meno forte, un bambino di 10 anni è in grado di realizzare che ha commesso delle cose non buone, quelle che noi tutti commettiamo ogni giorno; mentre con un Superio rigido, se dicesse: "Sono stato cattivo con mio fratello più piccolo" oppure "sono stato prepotente, o bugiardo" e così via, di questo non potrebbe essere assolto. Gli è possibile invece dire: "quando mi sono toccato ho sentito un piacere, ecc. ecc." perché è fantastico, è quasi non vero. E' la realtà, sono le cose reali che questo ragazzo ha fatto come fanno tutti gli uomini che non può esser <sup>accolto</sup> realizzato nell'Io. La strada, l'informazione tra Es e Io è tagliata, come dicevo prima, e perciò il paziente racconta, per esempio; "ieri mi sono masturbato", perché è più facile dire questo che: "ieri ho pensato come sarebbe bello che i dolori di mia moglie fossero un cancro". Questa sì che sarebbe una vera cattiveria.

INT. - C'è uno spostamento.