

SEMINARIO DEL PROF. CREMERIUS

DEL

16 DICEMBRE 1976

TERZO SEMINARIO SUL SUPERIO : TECNICA TERAPEUTICA

Cremerius - Una difficoltà speciale per i pazienti dei quali stiamo parlando in questo seminario consiste nel convivere con il metodo dell'interpretazione, soprattutto se le interpretazioni sono estese, di massa, e cercano di tradurre materiale inconscio che il paziente non ha ancora capito. Il paziente si difende contro l'interpretazione sottomettendosi oppure ribellandosi. Quando il paziente si sottomette all'interpretazione, l'Io si identifica con l'intervento come avviene nell'identificazione con l'aggressore e il Superio, dopo questa identificazione, tratta l'Io come l'aggressore. Si arriva così a una relazione tra aggressore e oggetto aggredito a causa della funzione dell'interpretazione che non ha niente a che fare con il contenuto. E' soltanto la funzione che mette in moto questo meccanismo. Allora la reazione è paradossale: invece di avere un'insight, l'Io deve svalutarsi ancora di più.

Nella realtà, molto spesso, in queste situazioni si vede che il paziente agisce qualcosa all'esterno per punirsi, per regolare la relazione disturbata tra Io e Superio. Per esempio, un dipendente fa qualcosa contro un superiore per farsi buttar fuori dal lavoro; in questo modo il superiore assume il ruolo del Superio e reagisce con una punizione e così l'Io si tranquillizza. Normalmente il processo non finisce qui; il paziente lo capisce senza l'aiuto della

psicoanalisi e si attacca, dicendo: "Guarda come sei stato stupido. Perché hai fatto questo? Adesso sei senza lavoro, ecc. ecc."

Questo movimento può essere formulato anche con un'altra terminologia, parlando di un uso autoclastico dell'aggressione, in quanto l'identificazione del Superio con l'aggressore ha come risultato di usare l'aggressione contro il proprio Io. Tecnicamente è necessario trasformare la rabbia usata autoclasticamente in una rabbia contro l'analista, cioè dimostrare al paziente che egli non ha potuto accettare l'intervento e invece di dire: "Non posso accettarlo," lo ha trasferito nel Superio, si è identificato con l'aggressore, l'Io ha sofferto e si è punito autoclasticamente, ecc. ecc. Si deve elaborare tutto questo iter per arrivare alla domanda: "Perché lei non può dire che è stato deluso e si è sentito arrabbiato con me?" In questo modo, un po' alla volta, il paziente comincia a capire che questo significa rivolgere l'aggressore in una altra direzione.

Molto spesso è quasi la regola che il paziente senta l'intervento come qualcosa che suscita vergogna piuttosto che rabbia. La rabbia è la conseguenza della vergogna. Questo si capisce come derivazione dell'Io ideale: tu devi essere perfetto. Tutto l'intervento è una critica per il paziente, perché rappresenta la constatazione di una deviazione dalla perfezione.

Il punto molto importante che Reich ha sottolineato nel 1925 in questo campo è il cerchio sadomasochista: sempre, da dietro, entra il piacere masochista, questo Io che soffre gode di soffrire.

Un altro punto di questo capitolo. E' molto importante che noi analisti controlliamo tutte le nostre attività per non diventare oggetto cattivo per il paziente. Di solito non siamo così cauti o

ansiosi di trasformarci in oggetto buono e in oggetto cattivo, perché è quasi impossibile essere l'analista perfetto che è sempre puntuale, che non dimentica mai niente, che non ha mai bisogno di cambiare un orario o cancellare una seduta. Sono problemi quotidiani che si presentano regolarmente nel nostro lavoro, molto spesso anche con un certo vantaggio per il paziente, perché attraverso questi episodi di delusione per gli "sbagli" dell'analista, sia il paziente che l'analista possono scoprire la professione dell'altro ideale che il paziente fa sull'analista. Invece con un paziente che ha un Superio così rigido e patologico, queste cose, soprattutto all'inizio della terapia, sono veramente pericolose, perché il Superio creduto dal paziente sta aspettando, desiderando proprio, come un drogato desidera la droga, la conferma di non essere anziano, che il suo Sé non può essere amato. Il Superio si batte su queste cose e le gode come conferma.

Nel 1918-19 Freud ha scoperto che funziona in questo modo soprattutto il meccanismo depressivo. Questa scoperta è molto importante per la clinica: il paziente depressivo osserva con grande attenzione, è in possesso di un sistema di antenne molto sensibili soltanto per arrivare alla conferma che è cattivo, stupido, ecc. Freud ha scoperto che la melanconia non è la causa, ma la conseguenza. L'oggetto contro il quale si rivolge la rabbia del Superio è incorporato nell'Io attraverso l'identificazione; il Superio accetta tutto quello che nutre questa rabbia e questa svalutazione.

Il campo in cui ci muoviamo è molto iaccusato e un Superio costruito così è inconscio come l'Es perché è il risultato di introiezioni e proiezioni assai precoci, della fine del primo anno di vita, preverbali. Perciò è così difficile tradurre in parole il

processo al paziente, il quale ha grande difficoltà di comprendere lo scenario, cioè che tutto quanto accade nella seduta è la ripetizione di un'azione che un tempo si è svolta tra persone.

La conseguenza di questa situazione è che il paziente tende a indurre l'analista a sbagliare, per arrivare al punto in cui può dire: "Ah, anche lui dice che io sono cattivo, senza valore, ecc." Il controtrasfert è molto difficile.

Se si può dire che questo costituisce il punto Scilla nel rapporto con simili pazienti, il punto Cariddi è che si può diventare così cauti, così ansiosi da non avere più il coraggio di muoversi. L'analista rimane fermo nella sua sedia o vuole fare tutto bene, non sbagliare. Questo è il Cariddi e l'analisi non funziona perché l'Io dell'analista reagisce al Superio del paziente esattamente come l'Io del paziente al proprio Superio. Quindi è importante tenere sotto controllo questo punto: se è troppo cauto e si vuole fare tutto troppo bene per proteggere il paziente contro un fallimento della terapia, l'analista non ha più la libertà di essere creativo e viene a trovarsi sotto la stessa pressione, sotto lo stesso controllo che opprimono l'Io del paziente, fino a diventare l'oggetto masochista di questo Superio sadico.

Un altro punto da prendere in considerazione con questo paziente è il silenzio. Normalmente non abbiamo tanto paura di stare zitti con il paziente perché sappiamo bene che molto spesso stare zitti assieme può rappresentare qualcosa di buono per il paziente, o per noi o per tutti e due. Ma in questo caso, il paziente può trasformare tutto quello che facciamo nella sua filosofia e il nostro silenzio viene sentito come scontentezza, rifiuto o condanna. Questo può prendere due strade: si può collegare alla scontentezza

del Superio nei confronti dell'Io, oppure con il masochismo dell'Io, o anche può prendere tutte e due le strade. E' pericoloso soprattutto questo meccanismo di soddisfazione del masochismo che per l'analista è anche ^{con} difficile da vedere. Noi stiamo nella nostra sedia e forse non abbiamo ancora capito bene com'è arcaico, crudele, rigido, prelogico questo Superio, per cui stiamo lì tranquilli, ci sentiamo bene, non pensiamo niente di male. Qualche volta stiamo zitti, a volte diciamo qualcosa e il paziente mangia tutto e con questo nutre il suo masochismo e dice con grande piacere: "Sì, sì." Questo "sì, sì" rappresenta la seduzione dell'analista perché continui sulla linea della svalutazione. Il paziente provoca proprio l'analista a dire: "Ma guardi, lei ha fatto questo, oppure questo ^o altro," cioè a dargli degli interventi che hanno una qualità morale e che egli prende con grande piacere; il masochismo cresce e alla fine è così ben nutrito che il paziente non è più trattabile, perché è convinto che il mondo esterno è identico al suo mondo interno: "L'analista è come il mio Superio" e quando si è arrivati a questo è impossibile rendere reversibile il processo, perché seduta per seduta il paziente conferma la sua interpretazione della realtà, mentre noi stiamo tranquilli nella nostra sedia pensando che il paziente sia sensibile ai nostri interventi. E' importante imparare la psicologia del Superio, perché quando il Superio governa la scena, se noi non ce ne accorgiamo, rovina tutto.

I meccanismi di difesa dell'Io per trent'anni sono stati l'oggetto dell'analisi; si lavorava sulle difese per arrivare al materiale rimosso. Oggi si constata dovunque nel mondo che il lavoro sul Superio è più difficile del lavoro sulle difese. Quando il Superio controlla l'Io, il lavoro sulle difese è privo di valore, è

inutile, perché ogni piccolo cambiamento in un meccanismo di difesa a favore dell'Es aumenta la paura del Superio che l'Es entri sulla scena. L'Es rappresenta istinto, libertinaggio, ecc. contro cui si è sviluppato il Superio, questo poliziotto che controlla quello che i bambini vogliono fare. Per cui l'indebolimento delle difese e la possibilità d'insorgenza di pulsioni dall'Es rafforzano il Superio. Questo è il punto che Freud ha scoperto nel 1923 nel suo lavoro L'Io e l'Es, ossia la "reazione terapeutica negativa."

Un altro punto. Molto spesso si vede che come controtransfert l'analista cerca di dare qualcosa di buono, di amichevole, di consolante al paziente perché la sua situazione d'analista diventa troppo difficile. Se fa un movimento sul meccanismo difensivo non riesce; se tace o se interpreta niente funziona. Lo spazio entro cui si può muovere è così stretto che è l'analista ad entrare in un movimento regressivo, cioè egli cerca, attraverso una regressione sulla posizione materna, di riparare il danno. Ma ^{de} questo ~~che~~ per un paziente narcisistico in una determinata fase della terapia può avere un certo valore, qui al contrario ha un effetto negativo perché il paziente pensa subito: perché mi dice questo? La prima reazione è: "è un trucco, una trappola. Capisco, questa è la tecnica psicoanalitica. Lei me lo dice perché pensa che io sono così malato che..." Molto spesso questi pazienti prendono un piccolo intervento che noi facciamo spinti dal buon senso e dicono: "Ah, finalmente ho la prova. È tanto che penso che lei mi considera in questo modo!"

Quando l'analista è molto ingenuo e crede di aver fatto tutto per il suo paziente come una buona mamma attraverso la regressione e la risposta è questa, allora la situazione diventa tragica. L'a-

nalista che non ha capito la situazione si è messo a fare la mamma buona via regressione e a dare tutto al povero paziente che, come risposta, fa questo movimento: "finalmente io so che tutto è bugia, tutto è tecnica, tutto è fatto perché..."; allora l'analista cade in un buco. E' quasi la regola che in questo caso diventa supergoico come il Superio del paziente, per la delusione, per la rabbia. Finalmente è arrabbiato, come la mamma: io ti ho dato tutto il latte che avevo e cosa fai tu? Sputi sul mio seno. Perca miseria!" Ostilità, impazienza. Anch'io, lavorando con questi pazienti, sono passato attraverso la fase dell'ostilità. Ricordo, per esempio, un paziente che parlava con molta sofferenza dei suoi impulsi voyeristici e se ne lamentava una seduta dopo l'altra. Una volta io gli dissi, nel tentativo di ridurre la pressione del Superio, che lui sentiva questi impulsi come una cosa cattiva e patologica, ma che in realtà essi costituiscono qualcosa che attrae tutti, in quanto è un desiderio diffuso a tante persone vedere scene erotiche. Moltissimi uomini sono attratti da queste rappresentazioni. La reazione nella seduta successiva fu una ritirata completa e infine il paziente mi attaccò dicendo che l'avergli detto che quello di cui lui si lamentava è una cosa ubiquitaria e umana era la prova che io avevo una filosofia corrotta e amorale. Ecco la fine della situazione: io volevo diminuire la pressione del Superio sul paziente, e la reazione fu un attacco del Superio su di me e una difficile crisi di fiducia del paziente: "come posso fare l'analisi con uno come lei?" E' facile vedere com'è stretto lo spazio in cui ci si può muovere.

Freud ha visto questo punto molto chiaramente e lo ha formulato così nel 1923: "è assolutamente inutile offrire al Superio di que-

sto tipo il ruolo del profeta, del salvatore dell'anima, del Gesù Cristo". Questa strada non va.

Un altro punto sul contenuto dell'intervento. Secondo la mia esperienza, io credo che si debba stare molto attenti negli interventi sul contenuto dell'inconscio del paziente, perché l'Io ha poca possibilità di elaborare con noi i suoi contenuti istintivi, i suoi desideri, ecc. Infatti tutto questo lavoro è fatto sotto il controllo del Superio, per cui il Superio deve subito intervenire con azioni di punizione.

Come avevo detto nel seminario precedente, il paziente è molto sensibile a intendere i nostri interventi come offese, a sentirli come mortificazioni, rimproveri, svalutazioni. Molti pazienti di questo genere sentono il setting dell'analisi come un processo in tribunale. È molto importante per la tecnica raccogliere nell'analisi questo aspetto del tribunale in maniera descrittiva: "Qui vediamo assieme che per lei la situazione analitica si configura come un processo in tribunale, lei è l'accusato e io il giudice."

Un altro punto più importante di quanto non lo sia in genere è che con questi pazienti gli interventi devono essere chiari e precisi e devono trattare soltanto quello che è comprensibile, visibile e udibile per il paziente in quel momento. Normalmente, quando lavoriamo bene con un paziente, facciamo anche interventi che hanno un carattere ipotetico e, nella seconda parte dell'intervallo, colleghiamo la nostra ipotesi con lo scenario infantile del paziente. Lei fa questo e questo, perché una volta, ecc. Qui è troppo azzardato, diventa materiale per le fantasie; il paziente non è più capace di ascoltare perché comincia subito a pensare: "Che cosa ha detto? C'è qualcosa dietro", e si ritira, per cui veniamo a trovarci

subito separati. Perciò è importante formulare l'intervento con frasi corte, chiare e precise. Naturalmente io parlo sempre della fase in cui il Superio governa la seduta; ¹ Dopo si può cambiare tecnica.

La regola severa di lavorare sempre sul materiale osservabile, di cominciare cioè dalla superficie, è particolarmente importante in questi casi. Tenersi su un livello fenomenologico è indispensabile perché ogni intervento vago offre materiale ai sospetti e il paziente comincia a chiedersi: che cosa vuol dire? che cosa vuol dire?

Un'altra regola è quella di muoversi con piccoli passi. Se abbiamo capito qualcosa è importante dividere l'insight in tanti interventi e non comunicarlo in una volta sola. La mia intenzione è di entrare nel sistema di soppiatto, eludendo il controllo del Superio; con piccoli interventi diluiti in un periodo di due-tre settimane. Qualche volta capita che si riesca a entrare prima che il Superio si metta in allarme. Questo è importante soprattutto per gli interventi sull'amore transferale, perché l'amore transferale è la cosa ^{più} pericolosa per il Superio in quanto apre la porta a tutti gli istinti repressi, non permessi dell'infanzia. Parlare dell'amore transferale è molto pericoloso. Per esempio, un paziente racconta che ieri ha comprato una lampada e quando l'ha portata a casa si è accorto che è uguale alla lampada che ho io nello studio. Normalmente, si parlerebbe in questo momento del processo d'identificazione, che c'è qualcosa tra di noi. Nel caso di cui trattiamo sarebbe un guaio. Si deve invece pensare a quanto di questo si può dire adesso, domani, la prossima settimana o addirittura se non ^{si} il caso di lasciarlo andare. Quando si sbaglia in questa situazione, cioè se uno interviene troppo direttamente sull'amore transferale, l'errore può costituire la spinta per il paziente a lasciare la terapia.

E' meno pericoloso interpretare l'aggressività. Quello che fa paura è l'amore, la simpatia, la tenerezza. Questi pazienti non possono lavorare con un analista pignolo, di buon senso, troppo bonario, che nella prima seduta dice: "Proviamo un po' e facciamo qualcosa, vediamo, ecc."; Scappano subito. Loro cercano un analista un po' severo dal quale si aspettano che nutra il Superio, che lo rinforzi.

Un altro punto. Tutti gli interventi sulla situazione del transfert positivo devono essere fatti in modo che il paziente capisca che gli impulsi istintuali che sente non sono rivolti alla persona reale dell'analista. Normalmente noi non siamo tanto sensibili su questo punto perché non è ben definita cosa è reale e cosa non lo è. La maggior parte è legata all'immagine dei genitori, alla proiezione, al transfert dei genitori, ma una parte è legata anche alla persona reale dell'analista, a una sua caratteristica, la voce, il modo di fare, che il paziente ama concretamente, come specifica di quella particolare persona. In genere parliamo della situazione che ci coinvolge entrambi e nella seconda parte dell'intervento colleghiamo con l'immagine dei genitori. Ma in questo caso l'intervento deve essere fatto diversamente. E' importante cominciare con la constatazione che i sentimenti che egli sente verso di me non hanno niente a che fare con me come persona reale, noi sappiamo che nell'analisi si verifica la ripetizione di situazioni passate. Questo per diminuire la pressione perché quando il Superio dice all'Io: ma allora tu vuoi qualcosa proprio da questa persona, il paziente deve scappare.

Per non andare incontro a delusioni in questo lavoro, bisogna aver sempre in mente che ogni cosa che si fa può essere sbagliata.

In ogni seduta l'atteggiamento da seguire è: io provo, perché molto spesso il paziente reagisce a tutto quello che si fa con un rifiuto, con una svalutazione. E' molto difficile vivere con un paziente che non dà mai una gratificazione, e perciò si deve sapere che questi pazienti non la possono dare, per cui si affronta ogni seduta sapendolo. La strada è lunga ed è un pane duro. E' più facile dire le cose che non si ~~debbono~~ fare; io non posso dare regole auree, ma credo che sia importante riflettere su questa situazione per vedere sempre Scilla e Cariddi tra cui il passaggio è molto stretto. Di solito abbiamo una strada larga con il paziente e se sbagliamo in genere l'errore è fertile. Per un analista esperto sbagliare è utile per il bene del paziente, ma in questi casi è un guaio.

Un esempio. Un collega che controllava un caso con me aveva interpretato il carattere di un transfert positivo, una forma esplosiva di passione, dicendo: "io so che lei non sente queste cose proprio per me come persona reale" con parole un po' contorte, difficili, che lasciavano capire che egli aveva ^{avuto} una certa difficoltà a dire questa frase. Per il Superio della paziente l'intervento prendeva la direzione per cui la donna pensava: lui dice queste cose perché non vuole esser amato da una persona cattiva e spregevole come me. Non c'è una regola, ma quando si sa, si può interpretarlo. Quest'ultimo esempio dimostra una cosa specifica per questo paziente supercontrollato, ossia che come un lampo in una seduta calma e controllata capita un'esplosione di emozioni. Improvvisamente il paziente parla di un'emozione ^{molto} enormemente forte senza che noi ne sappiamo niente, come una diga che si rompe o il ghiaccio in primavera che scoppia e di colpo zampilla l'acqua. L'analista non è preparato perché crede che tutto sia sigillato e chiuso dentro il pa-

ziente e quindi queste situazioni sono pericolose. Sono questi i pazienti che improvvisamente abbracciano l'analista e, non essendo preparati, può essere difficile trattare la situazione interpretandola correttamente. Durante la terapia questi pazienti presentano più difese contro i difetti morali che contro gli impulsi istintivi. Questo fatto spiega come mai tali pazienti siano difficili da diagnosticare, perché all'inizio della terapia parlano molto liberamente di pratiche sessuali e spesso si ha l'impressione che siano dei perversi polimorfi, perché su questo settore il Superio non ha bisogno di controllare, può dire tutto; ~~Ma~~ appena le fantasie arrivano a un livello morale, cioè a trasformarsi in pratica, lì scatta il controllo del Superio. L'anno scorso a Friburgo abbiamo visto un caso nel quale per più di sei mesi non ci siamo accorti che si trattava di un Superio arcaico. Il paziente, uno studente di 22-23 anni, faceva l'analisi con una signora molto esperta e parlava una seduta sopra l'altra, di cose sessuali. Mi ricordo la situazione nella quale abbiamo formulato l'ipotesi di una forma perverso-polimorfa: il paziente ha guardato nel gabinetto dello studio dell'analista e ha visto che c'erano dentro dei sacchetti di tè. In seduta ha parlato di questo dicendo che erano pannolini delle mestruazioni, dicendo all'analista: "Allora lei ha le mestruazioni" e via di questo passo con fantasie sessuali che riguardavano l'analista. E in tutte le sedute faceva cose del genere. Controllando la situazione con la sua analista abbiamo pensato che avesse un difetto orale. Alla fine è emerso che questo era un campo riservato, come un giardino zoologico in cui tutto poteva vivere in un caos tremendo; ^{coesistere} il Superio era sicuro che questo giardino zoologico era chiuso come una fortezza e le fantasie potevano svilupparsi liberamente, mentre il paziente

viveva in un deserto completo, in un abbandono e una desolazione totali. Fintanto che il paziente rimaneva nel deserto, il Superio restava calmo e non si faceva sentire e il paziente poteva fare tutte le fantasie che voleva, fantasie perverse-polimorfe.

INT. - Forse c'è ~~un~~ bisogno di comprensione, perché se uno avesse tutti gli sbocchi sbarrati morirebbe.

GREMERIUS - Normalmente però si ricava una soddisfazione sufficiente dal gioco sado-masochista. Di solito un sano sado-masochismo basta per una vita, come si vede bene in "Chi ha paura di Virginia Wolf?". Avete visto la commedia di Albee? Come quella coppia celebra giorno per giorno la festa della sofferenza. E' un lavoro preciso, chiarissimo.

Una studentessa che avevo in terapia era capace di parlare molto liberamente di fantasie sessuali. Un giorno avevo l'impressione che ci fosse qualcosa, come della sabbia nella macchina. Venne fuori che lei parlava di cose sessuali perché mi aveva mentito dicendo che non poteva venire a una seduta perché doveva dare un esame. Non era vero e questo era più cattivo che raccontare un episodio in cui era stata a letto con altre due donne e un uomo e avevano fatto dei giochi sessuali. Di questo parlava in lungo e in largo, per nascondere la bugia che mi aveva detto. Questa paziente, figlia di contadini, veniva da un maso in una zona di montagna della Germania. La sua camera da letto comunicava con quella dei genitori attraverso la quale la ragazza doveva sempre passare per entrare e uscire dalla sua stanza. Il risultato è che la paziente ha visto e sentito tante cose, per cui questo giardino zoologico era meno proibito, anche perché in un maso il sesso, anche degli animali, è sempre a portata di mano.

Quando un paziente con un Superio patologico parla molto liberamente della sessualità si cerca di elaborare sul carattere difensivo di questo aspetto per arrivare al settore che è veramente proibito. Così si arriva alla situazione strana che per questo tipo di paziente è banale una cosa che per tutti gli altri invece è tabù. Molto spesso queste persone hanno una morale individuale, provata, e poiché siamo abituati a trattare il paziente secondo la linea dei tabù che sono eguali per tutti, si rimane a volte stupiti di trovare un paziente per il quale i tabù che abbiamo tutti non sono tabù, mentre le sono altre cose che per noi sono del tutto normali e che per lui rappresentano la cosa più proibita.

Un ultimo punto per finire. Nella situazione analitica, questi pazienti cercano di idealizzare l'analista, come fanno nella vita, facendone un essere umano supermorale, com'è il loro ideale dell'Io, cioè il Superio. Questo movimento ha un leggero carattere di sollievo per il Superio del paziente in quanto il Superio dell'analista diventa più elevato del suo; (Ma il pericolo che il paziente non sia capace di sopportare questo Superio idealizzato è più grande del beneficio che egli ne ricava, perché il paziente non è capace di differenziare tra realtà e fantasia. Egli idealizza l'analista come un essere supermorale; Questa idealizzazione per lui è più reale di quanto avviene normalmente con il paziente affetto da una nevrosi di transfert. Quando si presenta la situazione in cui l'analista lo delude dicendogli per esempio: "ma questi impulsi li hanno tutti", oppure dimenticando un dettaglio della biografia o commettendo un banale errore, l'ideale crolla da un momento all'altro. Con un paziente con una nevrosi transferale possiamo elaborare la delusione, perché l'Io del paziente sa sempre che questa idealizzazione non è reale, che è transfert, in quanto l'Io ha la possibilità di diffe-

renziare i due livelli: transferale e realtà. Ma un Superio come quello di cui parliamo ha così bisogno d'idealizzare l'analista che per lui l'idealizzazione diventa una quasi realtà. Quando questa quasi realtà crolla, il paziente è deluso in una maniera tremenda, non capisce più il mondo e non sa fare altro che ritirarsi. Per cui è necessario analizzare molto presto nella terapia questo meccanismo d'idealizzazione per prevenire il crollo dell'analista ideale.

Voi sapete che il lavoro sulle difese accompagna tutto il processo dell'analisi dalla prima seduta all'ultima, come ha dimostrato Anna Freud nel suo famoso libro; anche il lavoro sul Superio accompagna il lavoro fino all'ultima seduta. Bisogna saperlo per non stancarsi. Quando si comincia questo tipo di lavoro si deve sapere che non è la nostra impotenza, la nostra mancanza di tecnica che determina il comportamento del paziente; è il carattere dell'inconscio che lotta fino all'ultima seduta per salvare proprio questo inconscio, per salvare la nevrosi. Quello che possiamo aspettarci non è che il Superio scompaia, ma solo che diminuisca. Freud ha usato una parola strana in tedesco che non viene usata nella lingua quotidiana: "Erarsigen". La traduzione è difficile, il senso è quello di (zi) dimensionare. L'altra aspettativa che si può raggiungere consiste nel rinforzare l'Io perché diventi il più forte possibile tanto da costituire un contrappeso al Superio, abbastanza forte per continuare l'analisi interminabile dopo la fine dell'analisi terminabile. Questa è l'idea che ho io: (zi) dimensionare un po' il peso del Superio e rinforzare l'Io perché possa continuare l'analisi interminabile.