

I SEMINARI A FRIBURGO

Gruppo ex-allievi SPP anno 2001

Sommario

- Pag. 2 **Introduzione**
Claudia Bartocci
- Pag. 3 **Johannes Cremerius**
1° Gruppo teorico - clinico. Primo Giorno (29/07/2001)
- Pag. 12 **Johannes Cremerius**
1° Gruppo teorico - clinico. Secondo Giorno. (30/07/2001)
- Pag. 32 **Johannes Cremerius**
2° Gruppo teorico - clinico. Primo giorno (26/10/2001)
- Pag. 42 **Johannes Cremerius**
Il caso di Paula
- Pag. 51 **Johannes Cremerius**
2° Gruppo teorico - clinico. Secondo giorno (27/10/2001)

Introduzione

Claudia Bartocci

Verso la fine del 1999, il Professor Johannes Cremerius scrisse a tutti coloro che con lui erano in supervisione per comunicare la sua decisione di non venire più mensilmente a Milano.

La nostra risposta immediata fu quella di cercare un modo per evitare una perdita che ci sembrava inaccettabile.

Volevamo andare a Friburgo!

I docenti della scuola cercarono di dissuaderci, ma invano.

Eravamo evidentemente “un po’ Cremerius” anche noi.

“Gli anni di Monaco terminarono nel 1959 per me in modo doloroso.

Da un lato per il fatto che fallì il mio tentativo di abilitazione con una tesi sui risultati della mia quinquennale ricerca psicosomatica sul diabete. Dopo il pensionamento di Gustav Von Bergmann, ben disposto verso di me, subentrò un internista il cui orientamento era lontano dal modo di pensare psicoanalitico - psicosomatico. Ciò che lo disturbava nella mia ricerca e che mi chiese di omettere per ottenere l'abilitazione era questo fatto: nel nostro lavoro avevamo osservato che i diabetici adulti mostravano disturbi nel campo della relazione oggettuale. Questo ci condusse a chiederci se i disturbi dell'erezione lamentati da molti diabetici adulti e considerati come diabetogeni dai ricercatori somatici, non fossero attribuibili a questo complesso. Così chiedemmo ai pazienti se i lamentati disturbi dell'erezione si verificassero anche nel caso di masturbazione. Poiché la risposta fu negativa, registrammo il fenomeno come conferma della nostra ipotesi di disturbata relazione oggettuale. Il consulente internista parlò di inammissibile intrusione nella sfera intima dei pazienti. Mi fu chiaro che mantenendo questi dati non avrei mai ottenuto l'abilitazione. Li mantenni. Evidentemente ero, già allora, “un po' Cremerius”.” (Autobiografia, inedita)

“Matto per la psicoanalisi”, disposto ad attraversare il pianeta per trovare analisti che dopo la guerra dalla Germania se ne erano andati, Cremerius era al tempo stesso capace di una critica feroce e radicale verso il suo... più grande oggetto d'amore.

E così immaginava dovesse essere ogni analista: un intellettuale dotato di pensiero critico e sempre, assolutamente libero anche nei confronti dell'istituzione di appartenenza. Sapevamo che “solo Cremerius” era in grado di trasmetterci il massimo rigore tecnico associato alla critica più radicale.

Si crearono così due gruppi che regolarmente raggiungevano il Professore a Friburgo per due giorni di totale immersione nel suo mondo. (E contemporaneamente nel nostro). Non solo teorico concettuale ma anche familiare.

Ricordo con grande piacere quei nostri viaggi. Stipati tutti nella “Multipla” di un collega cominciavamo da subito a discutere... a proposito dei milioni di quesiti rispetto ai quali avremmo “preteso” che Cremerius riuscisse a illuminarci. Arrivavamo in tarda mattinata e tutto il giorno lo dedicavamo alla teoria, alla teoria della tecnica e alla discussione in gruppo di casi clinici che a turno presentavamo. Sempre a braccio. Cremerius non voleva il caso scritto e nemmeno che noi scrivessimo mentre parlava. Ci consentiva però di registrare e così abbiamo potuto conservare il materiale preziosissimo che compare ora nel sito. Poi, regolarmente, Cremerius ci invitava a cena. Era per noi davvero piacevole trascorrere quelle ore con lui e la moglie. Non di rado avevamo la sensazione che ci vivesse come i numerosi figli che avrebbe tanto desiderato.

Abbiamo, tutti, ancora in mente molti dei suoi insegnamenti.

Ma forse ancora di più ricordiamo il piacevolissimo clima di quei fine settimana. Piacevole e faticoso. Come l'analisi. A casa di Cremerius ci sentivamo anche noi “pesci nell'acqua” e spero che qualcosa del suo insegnamento possa raggiungere ora anche chi non ha avuto la fortuna di poterlo incontrare.

Johannes Cremerius

1° Gruppo teorico - clinico Primo Giorno (29/07/2001)

CREMERIUS: Prima di entrare nel merito del nostro lavoro vorrei illustrarvi le tre tecniche psicoanalitiche conosciute, cioè la psicoanalisi classica, in tedesco “richte”, la psicoterapia psicoanalitica e l’analisi di supporto, in modo di partire con una base di conoscenze comuni.

Iniziamo con l’analisi classica.

La prima domanda è: chi è il nostro paziente, il paziente ideale con cui possiamo usare questo metodo. Dovrebbe essere un paziente capace di capire il processo del “come se”, questo strano argomento di cui si parla sempre e che non esiste nella vita, come la sua storia, la sua biografia, le sue relazioni con le altre persone. Noi parliamo soltanto delle fantasie, del livello del “come se”.

Facendo riferimento a Freud, il paziente ideale proviene da una famiglia in cui c’è l’abitudine di leggere, dove il padre e la madre non solo stimolano i bambini alla lettura ma ne discutono anche insieme, dove si apre loro un mondo figurato, romanzesco, un mondo che non esiste, “fittizio”. In questo modo i bambini imparano a identificarsi e a proiettare. Questi meccanismi sono necessari nel processo analitico. Le persone che provengono da questo tipo di ambiente intellettuale quando si presentano nel nostro studio portano con loro già tutto questo. Tecnicamente si parla della capacità di insight.

Si sosteneva che era possibile iniziare un lavoro analitico con pazienti che non superassero i 40-45 anni. Oltre non era possibile. Oggi si accettano pazienti anche di 65-70 anni se sono vivaci, sensibili e se non presentano deficit cerebrali. In pratica non c’è quasi più un limite di età.

Il paziente adolescente invece non è adatto a un processo analitico. Quando si presenta un paziente di 20-22 anni si cerca di capire se sia già adulto o meno. Cosa significa essere adulto? Significa essere una persona che nella vita ha una posizione stabile, non è più un giovanotto che traballa, che cambia l’oggetto d’amore, che oggi fa questo e domani quello ecc. Detto in positivo è in uno stato di “autarchia”, tutto è ancora aperto.

Per iniziare un’analisi è necessario che una persona sia in una posizione di stabilità, in una posizione che non permette facili scappatoie: è sposato, è professore, medico, avvocato e ha scelto spontaneamente l’analisi come unica soluzione e non può più sfuggire dal processo.

E’ molto importante anche chiarire se un paziente può pagare per un lungo periodo, almeno di quattro, cinque anni. Deve essere informato sulla durata della terapia e che di solito questa ha una fine aperta, nel senso che non è definita e non è definibile perché l’inconscio prende la sua strada e non possiamo abbreviarla per nessun motivo. E’ molto importante usare “fine aperta” anche per le fantasie del paziente.

Un altro punto importante è la distanza dallo studio dell’analista. Se un paziente viene dalla Foresta Nera, anche se per arrivare con la macchina impiega solo 40 minuti, in inverno molto spesso potrebbe non essere in grado di arrivare e dover saltare spesso le sedute disturbando il processo che ha bisogno invece di essere continuativo, di avere un suo ritmo, un suo flusso interno.

Da un punto di vista diagnostico le patologie più adatte a essere trattate con la psicoanalisi classica sono le nevrosi sintomatiche, le perversioni lievi, le patologie del carattere, il carattere isterico-depressivo, il carattere compulsivo. Quel gran numero di persone che soffrono di impedimenti, cioè che vorrebbero fare qualcosa ma non ci riescono.

Adesso passiamo alle controindicazioni: c’è una controindicazione assoluta per quanto riguarda il trattamento dei disturbi asociali e antisociali, non soltanto se questi pazienti sono dei veri e propri criminali che appartengono ai ceti sociali più bassi, ma anche quelli che provengono da una classe sociale elevata. C’è un mio articolo, “Il trattamento dei ricchi e dei potenti”, che riguarda un direttore di una ditta che non era analizzabile.

Un'altra controindicazione è il vantaggio secondario, cioè quando il piacere, il vantaggio che il paziente trae dalla nevrosi è molto elevato. In questa situazione noi non possiamo intervenire perché il paziente può sempre rifugiarsi in un mondo dove può godere della propria nevrosi.

Una terza controindicazione è la reazione terapeutica negativa, la più difficile da chiarire. E' importante prenderla in considerazione fin dall'inizio, nei primi incontri, per ché quando un paziente reagisce fin dalla prima seduta con frasi come "dottore, ma come?, ma perché? che cosa vuol dire? distrugge ogni intervento, ogni parola dell'analista. E' necessario stare molto attenti perché alla seduta successiva questo signore potrebbe dire: "Ho pensato che quello che lei ha detto la volta scorsa era molto stupido, non credo a nulla". E' diverso dal paziente, come un ingegnere, che proviene da un mondo tecnico-razionale, che dice: "Ma sa, queste fantasie... io non le capisco", e interrompe. E' molto difficile per una persona che è sempre a contatto con delle macchine entrare nel mondo del "come se". L'altro invece è un paziente che distrugge, seduta dopo seduta, quello che l'analista dice, quello che si fa insieme.

Ho cercato di sintetizzare che cosa è la psicoanalisi con una frase: è un trattamento che promuove lo sviluppo di una nevrosi di transfert. L'analisi deve permettere che si sviluppi la nevrosi del paziente, la nevrosi di transfert, e deve offrire un metodo che abbia in se la soluzione della nevrosi di transfert attraverso una sola azione: l'interpretazione.

E' sempre lo stesso metodo: l'interpretazione della nevrosi transferale. Compito dell'analista è realizzare questo principio con la neutralità tecnica. La teoria afferma che la nevrosi si sviluppa da sé, non si deve intervenire, si può solo favorire creando uno spazio in cui il paziente si sente così bene da realizzare il transfert. E' un'atmosfera di accettazione e di benevolenza.

Non so se avete mai incontrato quegli analisti che ritengono che lo studio debba essere assolutamente neutrale: nessuna pianta, nessun quadro. Mi ricordo che nel '47 andai a Berlino per far visita a uno dei vecchi allievi della seconda generazione di Ferenczi e di Abraham. Il suo studio era come una stanza dell'obitorio: bianco, mobili neri, nessun quadro, nessuna pianta, anche lui vestito in modo neutrale. L'idea era di creare un muro bianco per stimolare l'inconscio senza che il paziente fosse disturbato, influenzato da qualcosa di reale. Stava seduto dietro al paziente, nella posizione classica, la migliore, pur non essendo obbligatoria per lo sviluppo del transfert.

Si può argomentare che noi ci sentiamo più comodi dietro il paziente. Io mi sento anche più creativo. Essere sempre controllato dagli occhi del paziente, essere forzato a controllare la mimica e vedere lui che mi scruta, mi blocca. Stare dietro al paziente è più confortevole. Per quel che riguarda il muro bianco non sono d'accordo perché non posso vivere in una stanza simile, bianca e vuota. Io ho uno studio con libri, quadri, ma nulla di personale.

Oggi sappiamo (già dal '50-'55) che il paziente sano e intatto dal punto di vista della capacità cognitiva è in grado di capire chi è l'analista dai movimenti, da come parla o tace, se fuma ecc. Era un idealismo pensare che un analista non venisse percepito, né avvertito. Sarebbe importante che l'analista avesse un alto grado di "fittizio", di non vero, che non esistesse come realtà, ma siccome non è possibile, non si può vivere sempre con questo pensiero: "come mi maschero oggi?". Impossibile! La mia idea è di avere la massima naturalezza ed essere contemporaneamente ben controllati. E' stata lunga la strada per trovare la posizione giusta. Ricordiamoci che Freud, dai primi scritti dove tende all'"atteggiamento del chirurgo", è passato, alla fine della vita, ad affermare che la neutralità dell'analista non può essere indifferenza. Ritengo che sia una buona formulazione: si agisce neutralmente, ma non freddamente, con indifferenza.

Un altro punto è: quali mezzi abbiamo?

Al centro del nostro lavoro sta l'interpretazione, aiutata dalla chiarificazione, confrontazione ed elaborazione; a volte anche da una costruzione.

I nostri primi interventi, quando incontriamo il paziente, sono la chiarificazione e la confrontazione, senza dare interpretazioni. Nelle prime sedute il paziente racconta qualcosa, non ha ancora capito cosa è l'analisi e noi, dato che siamo obbligati a insegnargli il metodo, cerchiamo di chiarire il significato di quello che ha detto.

Inizialmente non possiamo interpretare perché il paziente non potrebbe capire. Questo è il mio punto di vista perché mi rifaccio alle teorie freudiane e non a quelle kleiniane. Infatti i kleiniani sono convinti che già all'inizio si possano dare delle interpretazioni profonde. Sono due stili differenti. Io seguo questo stile, questa è la mia strada, so che ce ne sono altre.

Chiarire significa che, quando non capiamo qualcosa, lo chiediamo al paziente. Il porre domande serve non soltanto a chiarire noi stessi ma aiuta anche il paziente a capire che qualcosa può non essere chiaro. Formulare domande è mettere il paziente nella posizione grazie alla quale può incominciare a pensare: "Che cosa ho detto? Come mai me lo chiede? Perché non ha capito?"

Non vogliamo fare una conversazione, bensì creare un momento per riflettere, ripensare. Quindi non un controllo, ma un aiuto al paziente a capire il suo pensiero. Il paziente parla normalmente e noi, a un certo punto, abbiamo l'impressione che stia esprimendo qualcosa che non voleva dire, o non aveva capito. Allora domandiamo, ripetiamo, proviamo a chiarire. Non è facile chiarire perché si rischia di cadere nell'errore di chiedere troppo. C'è una famosa frase di Balint che dice: "Alle domande si ricevono risposte." Come voi avete visto, io cerco di isolare i fenomeni affinché diventino più chiari, ma non pongo domande.

L'altro strumento è la confrontazione: un tentativo di mostrare al paziente con molto tatto, sensibilità, quello che succede tra di noi. Ad esempio, il paziente si muove, mette una gamba fuori dal lettino o viene in ritardo e noi pensiamo che questo riguardi la nostra relazione. Il paziente si giustifica: è arrivato in ritardo a causa del traffico o ha spostato la gamba sul lettino perché quella posizione era più confortevole. Noi cerchiamo di insegnare al paziente ad entrare nel nostro metodo ovvero a capire che tutto quello che fa p che dice riguarda l'analista, la situazione analitica. Questo significa confrontare il paziente non soltanto con le sue parole, ma anche con le azioni che compie. Ad esempio, prima di entrare commenta: "La sua sala d'attesa è orribile, fa freddo." Il terapeuta cerca di aiutare il paziente a capire che le sue non sono solo constatazioni, ma osservazioni che riguardano il rapporto analitico.

Si può cominciare con l'interpretazione quando la situazione si è un po' chiarita. Questa è la differenza tra la tecnica freudiana e quella kleiniana. Prima è necessario comprendere, infatti la nostra teoria richiede di lavorare con un Io che abbia una buona capacità cognitiva per poter creare un'alleanza con un Io che sia capace di capire, di imparare. Melanie Klein era convinta invece che l'inconscio fosse in grado di capire al di là della capacità cognitiva dell'Io. Noi seguiamo invece una teoria secondo la quale tutto quello che facciamo avviene perché l'Io è capace di capire e l'analisi funziona solo attraverso questo Io che può pensare, riflettere ed arrivare all'insight.

Nella teoria freudiana, soprattutto oggi (vedi gli scritti sulla tecnica di Morgenthaler, di Kenberg), non si lavora più sull'inconscio passato, si lavora sull'inconscio presente. Questo vuol dire che tutte le interpretazioni di transfert che diamo tentano di dimostrare al paziente il significato del transfert nell' "hic et nunc."

Ma se il paziente ricorda il passato, parla dell'infanzia, di suo padre e di sua madre, noi dobbiamo accettare questo materiale molto importante per il paziente: è la sua biografia o almeno quello che lui pensa sia la sua biografia. Questa biografia "fittizia" è una costruzione che riguarda il punto centrale del suo narcisismo. Su questo punto è molto sensibile, vulnerabile, perciò dobbiamo stare molto attenti a non frustrarlo, a non svalutare il materiale che lui porta. E' un'operazione difficile perché in realtà a noi questo materiale non interessa. Il paziente parla per ore e ore di suo padre e di sua madre e noi siamo affaticati e annoiati perché non è materiale per il nostro lavoro, ma è un passaggio che dobbiamo attraversare e così, per non frustrare il paziente, lo accompagniamo con i famosi "...mhm, mhm... capisco, sì... sì... deve essere stato difficile per lei...", con frasi vuote, ma con l'intento di "tirare" questo passato nella situazione presente, nel "hic et nunc" del transfert.

Questa è la parte più importante e se non lo facciamo subito dalla prima seduta, il nostro lavoro può prendere rapidamente una strada sbagliata fin dall'inizio. Quando il paziente parla io agisco così: ogni tanto riassumo quello che mi ha raccontato e questo ha già un certo senso, perché c'è una piccola differenza tra il mio riassunto e quello che lui ha detto e se l'Io cognitivo del paziente è

intatto avverte la differenza e replica: “..ah, lei afferma che sono aggressiva, ma io sento che...”, allora io aggiungo: “Sì, dalla situazione che lei ha descritto mi pare che sia stata aggressiva, ma ho sentito anche...”.

Io non svaluto, non rifiuto, ma aiuto il paziente a trasformare lentamente questo racconto a livello del transfert. Se ad esempio un paziente di 35 anni dice: “ah, la mia miseria viene da mio padre che mi ha trattato male”, dopo qualche seduta io dico, sottovoce,: “guardi, oggi lei ha 35 anni, è direttore di banca, suo padre è morto, come mai questa storia è ancora così importante? Forse ha importanza rispetto alla relazione con me o per l’analisi che ha iniziato.” E’ importante aiutare il paziente, in vari modi, a capire che il nostro lavoro, il nostro compito, la nostra meta, è intervenire su questo. L’analisi non è ricordare e raccontare la storia, né cercare pietà, compassione o essere coccolati (questo lo pensiamo ma non lo diciamo mai). Questa è la nostra tendenza, essere gentili con il paziente sui livelli del “come se”, ma io non sono una mamma e non credo di poterlo essere. Altre scuole, come quelle di Kohut, Winnicott, ad esempio, dicono che è utile essere una madre con il paziente, ma questo è un concetto completamente diverso dal nostro. In certe situazioni anche noi siamo gentili o proviamo compassione verso il paziente. Ad esempio, se il paziente ricorda un episodio della sua vita che ci sembra reale e non soltanto una sua elaborazione che usa per influenzare l’analista, allora si può dire che si comprende la sofferenza della situazione (per esempio il razzismo ecc.), come dato di realtà che non si può eliminare. Sono momenti in cui è molto importante essere presenti e dire: “questo è stato veramente difficile, terribile, capisco che lei ne abbia sofferto molto”, e forse si può anche dire che ha lasciato delle tracce. Normalmente non crediamo nelle tracce, perché per noi tutta la biografia è una costruzione impulso-difesa. Tutti hanno sviluppato una storia della propria vita e ognuno di noi sa che dopo i 25 anni, più vecchi si diventa, più spesso si cambia la propria biografia.

Anch’io, a volte, mi accorgo che cambio la mia biografia. Una settimana fa mia moglie mi ha detto: “Oggi parli di tuo padre in modo diverso da come ne hai sempre parlato.” Quindi io stavo di nuovo correggendo la mia biografia!

Ma noi non tocchiamo queste costruzioni, le prendiamo per buone perché è la costruzione del paziente e lo scopo dell’analisi è che il paziente si crei una nuova biografia, ma non grazie alle mie correzioni: “guardi, lei ieri ha detto che suo padre...”, quasi fosse una critica. Questo è un campo che noi non tocchiamo perché riguarda il suo narcisismo.

Noi proviamo soltanto a trasferire questa storia nell’ “hic et nunc”; cerchiamo di fare di questo “là e allora” un “qui e ora”, la storia del passato che si ripete in questo momento, e chiediamo al paziente: “Perché oggi? Perché con me? Perché con me oggi?”

Il transfert ha anche una grande importanza diagnostica. Il paziente adatto ad un’analisi classica sviluppa un transfert cosiddetto “normale”. Normale significa che rispecchia un conflitto tra le istanze, come avviene nella nostra vita normale. I nostri conflitti, se non siamo affetti da psicosi o da disturbo borderline di personalità, si pongono sempre tra due istanze, questo è il destino dell’uomo in Europa che vive nella cultura cristiana, e per questo paziente il transfert ha a che fare con l’Io, il Super-Io o, formulato secondo la teoria dell’oggetto, con degli oggetti che rappresentano queste esperienze. Questo è un segnale che il paziente è in grado di lavorare con noi.

Al contrario, un paziente che non adatto ad una psicoterapia con noi, che ha una patologia grave, una grave nevrosi del carattere o di tipo borderline, comincia con un transfert patologico, cioè ad esempio con uno splitting dell’affetto e della relazione con l’oggetto. Ad esempio, in una seduta ci è molto vicino, parla molto bene con noi e ci idealizza all’estremo e nella seduta successiva distrugge l’analista, ne parla male, quasi con schifo. Vediamo che non c’è la costanza della relazione con l’oggetto e che l’affettività è anche splitting; l’aggressività, l’amore, la tenerezza, questi sentimenti sono come in una frittata, tutti mescolati insieme. L’Io non è capace di differenziare, o meglio, non può resistere, l’impulsività regna e governa l’Io. L’Io non ha la capacità di dire “no” o “sì”.

Questo splitting, questo transfert patologico, è un segnale molto significativo del tipo di paziente che abbiamo in terapia.

In un disturbo non grave dell'affetto il paziente verbalizza: "Ieri mi sono arrabbiato con lei", e me lo dice in modo che io possa capirne la causa e di conseguenza la sua reazione.

Con un paziente affetto da disturbo borderline di personalità non si riesce a capire, il suo comportamento non ha senso. Nel primo caso si può perciò parlare di un transfert normale e nel secondo di un transfert patologico. Saperli differenziare è di grande aiuto perché continuare un'analisi classica con un paziente grave sarebbe una terapia senza costrutto. La terapia si ripeterebbe all'infinito perché per lui l'analisi diventa un campo di battaglia in cui rivivere, ripetere la sua nevrosi con grande piacere dell'Io infantile.

Parlerò ora dell'impedimento. E' importante capire, nella fase dell'esplorazione, attraverso le prime interviste iniziali delle prime sedute, se si tratta di impedimento o di inibizione, di disturbo del carattere.

Nella fase esplorativa con il paziente un segnale può essere quello di trovare e capire un solo sintomo, non una nevrosi sintomatica, ma un sintomo centrale. Ad esempio, il paziente racconta che non può lavorare o che non può studiare, che non riesce a dare un esame; un uomo sposato parla della sua incapacità ad avere rapporti sessuali con la moglie. Quando io mi accorgo che al centro di ciò che racconta c'è un solo sintomo, mi chiedo se abbiamo a che fare con un disturbo da impedimento e con una nevrosi sintomatica. Nel primo caso non propongo l'analisi, ma un'altra tecnica. Un grosso problema per noi è anche quello di poter individuare il paziente con cui possiamo lavorare. Ci sono due tecniche per capire e trovare la risposta giusta: una è quella di sottoporre il paziente a varie interviste per chiarire questo aspetto; la seconda, quella usata da Freud, non ritiene utile fare tante interviste per lo sviluppo del transfert.

Ma come essere sicuri di non sbagliare? Questo è un tema infinito intorno al quale discutiamo da più di 40-50 anni.

La situazione di solito è facile se il paziente che entra in analisi ha capacità di "insight", una vita normale, una professione; se parla con noi in modo da permetterci di capire che il suo Io cognitivo è intatto e che la sua relazione affettiva con noi è "normale".

A Vienna si sapeva cosa era l'analisi: tutti quelli che andavano da Freud sapevano che l'analisi voleva dire 5-6 sedute la settimana sul lettino, per anni. Ma oggi non è più così, non c'è più soltanto Freud. Ad esempio, in una città come Milano ci sono almeno dieci scuole e ogni scuola ha un'ottica diversa (alcuni fanno esplorazioni infinite, altri offrono compiti, altri propongono il lettino o cominciano con un'ora la settimana).

Io invece tendo a non fare molti colloqui esplorativi, ma la mia situazione è un po' inusuale perché la gente a Friburgo sa chi sono e come lavoro. Io non sono un membro della Mutua, i cattedratici in Germania non sono di solito membri della Mutua ed è noto che devono essere pagati privatamente. Perciò io non devo chiarire i punti fondamentali.

Come ho già detto anche a voi, per me è importante come io mi sento con il paziente. Io ascolto con un "terzo orecchio" e non voglio tanto conoscere il contenuto di quello che il paziente mi racconta: chiudendo gli occhi mi distanzio molto dalla realtà e ascolto le pause e il respiro, la modalità di verbalizzare, i termini usati, i toni della voce. Io "sento" con il naso, sono proprio come un "cane da caccia", annuso qualcosa al di là, dietro ciò che il paziente offre. Poi lavoro con questo materiale per un certo periodo e utilizzo anche i miei sogni che lo riguardano.

Ma un analista normale, a Milano o a Torino, ha bisogno di chiarire chi è il paziente, che cosa è capace di fare, se la prognosi è favorevole. Deve chiarire se il paziente, durante tutto il periodo dell'analisi, può venire due, tre, quattro volte la settimana, se ha abbastanza tempo. Possiamo magari avere un paziente che è libero soltanto dopo le 19 di sera, ma la sua famiglia protesta se ritorna dopo le 20.30 e così prova sensi di colpa rispetto ai suoi congiunti. Dobbiamo tenere presente anche questa realtà. Il paziente deve avere la possibilità di venire durante il nostro orario quotidiano normale ed essere in grado di pagare.

Anche se ci sono necessario due, tre interviste, si può fare in modo che queste non disturbino lo sviluppo dell'analisi: si ascolta, si è presenti, si chiede, si chiarisce, ci si confronta con il paziente, senza dare interpretazioni. Nella prima fase è assolutamente sconsigliato interpretare.

Quando si fanno due, tre o anche cinque interviste è importante mantenere la posizione analitica, osservare cioè la neutralità, l'anonimato; un comportamento di ascolto, di apertura, che fanno sentire al paziente che noi siamo presenti, tolleranti, che non condividiamo le idee correnti della morale borghese. Ad esempio se un paziente parla delle sue pratiche sessuali abnormi, non dobbiamo assumere espressioni che facciano capire al paziente che apparteniamo al mondo della borghesia, deve invece sentire che siamo al di là della morale comune, che siamo persone illuminate. Ma è sempre difficile, molto difficile.

INT: Lei diceva che quando i pazienti ci parlano di queste pratiche noi non dobbiamo scandalizzarci; ha detto anche che non dobbiamo essere nemmeno invidiosi...

CREMERIUS: Sì, sì, non è utile usare il paziente come insegnante di "belle pratiche". Se non abbiamo avuto il coraggio di vivere liberamente la nostra sessualità fino a quel momento vuol dire che abbiamo ancora una parte che non è illuminata, che abbiamo ancora bisogno di analisi.

Questo non ha niente a che fare con una propria normale reazione, cioè ci si può sentire stimolati, avere un'erezione o delle fantasia, provare dell'attrazione, questo è il lato umano. Se un analista non prova nulla allora non è un analista, è un "meccanicista", è uno che ha un blocco. Noi non possiamo essere di legno, siamo così come siamo, ma neutralità tecnica significa che siamo capaci di lavorare, di utilizzare tutto questo materiale. Può essere molto difficile, ma ognuno trova la sua strada. L'importante è soltanto seguire la regola di base di mantenere la posizione analitica, la neutralità tecnica.

Adesso parliamo di psicoterapia psicoanalitica o vogliamo discutere di questi aspetti prima di addentrarci nell'argomento?

INT: Io volevo chiarire il significato dell'impedimento, perché qualcuno parlava di inibizione...

CREMERIUS: Possiamo parlarne subito. Se ho il sentore che sia solo una funzione dell'Io che non funziona, se è una parte dell'Io che blocca una funzione, un impulso, allora cerco di isolare questo problema. Se si ha questo sospetto lavoriamo per tentativi ed errori: è l'unico metodo che abbiamo.

Osservo: "In base a tutto quello che lei mi ha raccontato ho l'impressione che abbia una vita normale, ma c'è qualcosa che non funziona." Gli chiedo cosa ne pensa e cerco di chiarire sempre di più, senza perdere la relazione con lui finché, ad un certo punto, riesco a capire che il paziente ha un problema preciso, circoscritto. In quella fase gli propongo: "Mi sto convincendo che lei non abbia bisogno di un'analisi, ma abbia bisogno di capire perché le capita questa strana situazione per cui lei non può dormire, fare l'amore con sua moglie mentre può farlo con tutte le altre donne. Con le sue amanti sì ma non con sua moglie...".

La differenza con l'analisi è che si lavora su un focus e quando si è sicuri che si tratta di un disturbo mono - sintomatico si può iniziare una terapia focale. Nella terapia focale si spiega al paziente come si intende procedere. Lavoriamo sul suo problema per capire che cosa non funziona.

Di solito occorrono venti, trenta sedute, proponiamo un contratto di due sedute la settimana, o anche una sola, ma è meglio due, vis à vis, e volta per volta parliamo solo di questo problema. Se il paziente vuole sfuggire dal focus, perché oltre questo ha anche altri problemi (noi tutti siamo sempre pieni di problemi e conflitti, ma questa è la vita normale, conflittuale e problematica) e dice: "Ma sa, ieri ho parlato con mia moglie e abbiamo litigato...", noi rispondiamo che questo non c'entra e che il nostro compito è soltanto quello di capire perché il paziente non riesca in quello specifico caso.

Questa tecnica è stata sviluppata soprattutto con gli studenti, i quali di solito non hanno bisogno di un trattamento psicoanalitico che anzi, avrebbero un effetto negativo. Abbiamo sperimentato che con 20-30 sedute il giovane può capire, ad esempio, perché non riesce a sostenere gli esami.

Secondo la teoria psicoanalitica abbiamo soltanto due o tre ipotesi per spiegare perché non si possa sostenere un esame e aiutare così il paziente a capirlo. Sostenere un esame può significare sopraffare il padre, la madre o il fratello; sopraffare fa parte dell'aggressività o del bisogno di non entrare nella vita (il tipo di paziente coccolato), di non lasciare l'infanzia. Con questi tre modelli si può aiutare il paziente comunicandogli la nostra ipotesi, avendo noi capito la probabile causa del suo comportamento.

Possiamo chiedere: "Forse ha a che fare con suo padre? Che lavoro fa suo padre?" e lui risponde che è un impiegato e io gli dico che sostenere l'esame significa superare suo padre. Lo dico normalmente. Incominciamo con questo "gioco degli scacchi": io offro un'ipotesi, lui risponde, troviamo molto presto la strada, interpreto i silenzi, gli impedimenti che il paziente incontra nella sua vita di studente e di solito si arriva molto presto all'obiettivo.

INT: Come si considera il transfert in questo caso?

CREMERIUS: Non lo usiamo, nel modo più assoluto.

INT: Neanche come riferimento per il terapeuta? Proprio tutto sul contenuto di cui si parla?

CREMERIUS: Tutto su quello. E' l'unico tema, se non spingiamo il paziente a scappare nel mondo dei conflitti che ha aldilà di questo problema.

INT: Sembra un po' rifarsi alla teoria cognitivista.

CREMERIUS: Sì, si lavora con l'Io cognitivo perché possiamo ipotizzare che questo paziente non abbia un Io disturbato, ma che ci sia una sola funzione dell'Io che non permette ad un istinto di esprimersi. L'istinto è, ad esempio, di attaccare il padre, di ucciderlo, o di mantenere le coccole di una buona madre. Tutto questo emerge. L'ultimo paziente che ho avuto, alla terza seduta, dice: "Ma sa, non mi interessa questo tipo di studio", e io gli chiedo: "Come mai?" Lui risponde: "L'ho iniziato perché il mio babbo è avvocato e mi ripete in continuazione che, siccome lui guadagna milioni, anch'io devo studiare legge. Io vorrei studiare il violino." Alla fine è diventato musicista.

Qualche volta è molto facile. L'inconscio è un po' bloccato, l'Io non ha coraggio. E' un grande atto confrontarsi con un padre e andare a casa a dirgli: "Non farò quello che mi chiedi" mentre lui gli rinfaccia che per tutta la vita ha lavorato solo per il figlio e lui gli rovina il suo sogno. Il paziente teme di fare del male a suo padre: "Ho avuto compassione perciò sono stato zitto ed ho iniziato quel tipo di studio."

A quel punto conviene parlare concretamente: "Sì, lei ha la possibilità di scegliere: se sceglie di continuare probabilmente diventerà un pessimo avvocato, né sarà dispiaciuto, e forse a quarant'anni cambierà la sua vita. Ma perché intraprendere a vent'anni la strada sbagliata? Perché non cercare di parlare con suo padre?"

Ricordo che per anni si sono presi studenti in analisi e, siccome avevano dei problemi, sono state fatte lunghe analisi... ma non è stato un lavoro adatto.

E' interessante che in tedesco non esista il termine "impedimento".

INT: in italiano l'impedimento è un fatto fisico, un ostacolo esterno reale, un evento. In latino impedimento è sinonimo di ostacolo.

CREMERIUS: E' interessante che Freud non abbia capito che esiste un fenomeno per il quale l'Io controllo un impulso ma che non è un sistema nevrotico che tiene un mondo rimosso. Solitamente il paziente ha una nevrosi e il nostro lavoro è di risolvere, attraverso la ripetizione, questo complesso. Qui invece lavoriamo su un focus soltanto. Non è molto complicato, ma è necessaria una certa tecnica, un certo coraggio che non sempre ha un analista ortodosso, poco flessibile, con una grande difficoltà ad essere normale, a parlare via à vis, ad avere un'opinione, una convinzione, e in grado di dire al paziente: "Guarda, si può parlare con tuo padre!" In analisi noi siamo abituati a parlare di che cosa hanno in mente i genitori pur restandone sempre lontani, sempre sul livello del "come se". Questo è molto importante nelle nuove tecniche, nelle quali si richiede anche un nuovo tipo di analista, importante anche per la terza forma di psicoanalisi, quella di supporto. Anche lì abbiamo un'altra posizione, un altro comportamento rispetto all'analisi classica.

Nelle teorie psicoanalitiche, la psicoterapia psicoanalitica non ha una sua indicazione propria. Da quarant'anni noi della Società Internazionale discutiamo sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia analitica (Wallerstein di San Francisco ha lavorato soprattutto di questo) e oggi siamo arrivati al punto di dire che c'è forse soltanto una differenza quantitativa ma non qualitativa. Questo significa che tutto quello che abbiamo detto a proposito della psicoanalisi classica vale anche per la psicoterapia analitica: l'indicazione, il tipo di paziente, i mezzi di chiarificazione, la confrontazione, l'interpretazione, lo sviluppo del transfert, l'analisi del transfert. E' tutto uguale a quello che vale per l'analisi classica.

Quando parliamo di psicoterapia analitica?

Una volta si usava il termine di "analisi adattata". Ad esempio, per la teoria della schizofrenia o per paziente che presentavano una sintomatologia psicosomatica, cioè per tutte quelle malattie che non facevano parte delle indicazioni classiche. Si usa quindi questa tecnica quando si ha bisogno di introdurre parametri. Questo è un criterio molto importante. Quando l'analisi è rivolta ad uno psicotico, ad un paziente che ha l'anoressia o una patologia cardiaca, non possiamo utilizzare l'analisi classica. In questi casi siamo tenuti a collaborare con l'internista o con lo psichiatra, come nel caso di una schizofrenia. Qualche volta dobbiamo fare noi stessi una prescrizione psicofarmacologica perché non possiamo aspettare il giorno dopo.

Quando si sa che la terapia è possibile soltanto attraverso parametri parliamo di psicoterapia psicoanalitica e si può differenziarla a seconda dei tipi di paziente. Si può fare con quattro, con due, forse anche con una seduta la settimana perché usiamo un metodo adattato al bisogno del paziente, alla gravità della patologia, all'urgenza dell'aiuto. Invece da un'analisi classica non si può uscire, se si esce si rischia di rovinare tutto. Per questo si ha bisogno di quest'altra forma di psicoterapia. Potrebbe sembrare senza senso e chiedersi perché non uscire dall'analisi classica e dire: "Oggi io ti faccio una prescrizione." O dire: "Sarà bene chiedere domani all'internista se la dose di insulina è sufficiente oppure no." Così c'è sempre il rischio di distruggere il transfert e il proprio ruolo, perché questo è proprio il punto sacrosanto della tecnica: mantenere la neutralità tecnica, l'anonimato e restare in modo stabile dentro questo circolo infinito dell'interpretazione del transfert. Se sono forzato ad uscire dalla tecnica analitica, allora devo annotare che ho utilizzato un parametro per potere, un giorno, eliminare il parametro stesso (secondo un famoso lavoro di Isaac "La forza dell'intelletto" del '54).

INT: Lei ha fatto riferimento parecchie volte alla sua abitudine di usare solo due fogli per tutta la durata della terapia: uno dove annotava gli aspetti più importanti della vita del paziente, delle sue vicende familiari (i genitori, se c'erano stati eventi particolari) e un altro dove annotava i parametri, cioè le volte in cui era uscito dal metodo classico. Una cosa che mi sono sempre chiesto è che cosa realmente annotava sui fogli dei parametri, in termini banali le parole, proprio per capire cosa scriveva.

CREMERIUS: Ad esempio, il paziente racconta un fatto che veramente mi tocca e io non sono in grado di parlare, sono molto commosso. Allora mi annoto che ho usato un parametro, che non ho potuto parlare, perché nella seduta successiva, o dopo un mese o due il paziente potrebbe dire: “Dottore, lei una volta ha fatto una cosa che io non ho capito, lei per lungo tempo è stato in silenzio” ed io mi devo ricordare ed essere in grado di ammettere che mi sono sentito commosso, che non ho trovato le parole giuste e così ho pensato di non dire niente, era un problema mio. Posso anche aggiungere che mi ha toccato personalmente. Il paziente può dirmi: “Ma lei deve avere le parole giuste per il lavoro che fa”, ed allora si deve spiegare che non si sono trovate le parole giuste perché in quell’occasione si era troppo coinvolti.

INT: Perché questa commozione può essere ammessa lontano nel tempo anziché subito?

CREMERIUS: Perché io non sono in grado di dirlo subito.

INT: Perché se l’avesse potuto dire subito non sarebbe stato un parametro?

CREMERIUS: Non sarebbe un parametro perché il parametro sussiste quando si fa qualcosa che non è tecnicamente “buono”, qualcosa di disturbante per il paziente, che non può capire. Lui sa che io normalmente parlo, reagisco, interpreto o dico, dopo un certo tempo: “Finora ho ascoltato perché non avevo ancora capito. Spiego il mio silenzio. Il paziente è obbligato a spiegarsi ma anch’io sono obbligato a farlo se esco dal mio ritmo o dal mio metodo normale. E’ molto importante.

Un esempio è quello di un giovane tenente di 25 anni, affetto da schizofrenia acuta. Veniva da me, entrava, si sdraiava e dormiva, si svegliava e dopo 15 minuti, in americano, diceva: “Ho dormito un po’”, e io rispondevo: “Sì, ha dormito un po’”.

Questo accadde per sei, sette, otto mesi, anche due o tre volte per seduta e dopo 50 minuti gli dicevo: “La seduta è finita” e lui se ne andava. Non abbiamo potuto fare assolutamente nulla. In questa fase io fumavo la pipa per tutto il tempo. Ho fatto spesso l’esempio del fiammifero: il fumatore esperto di pipa ha bisogno di tre, quattro fiammiferi per accenderla e il paziente contava, in questo stato psicotico, quanti fiammiferi usavo. Abbiamo fatto una lunga analisi, più di 700 sedute, e il terzo o quarto anno lui mi ha detto: “Sa, io ho sempre sentito quando lei non era presente o era preoccupato perché in quelle situazioni lei accendeva più di sei fiammiferi!”.

Un esempio di un altro parametro è quello descritto da Stones su un caso di un paziente che è all’ultima seduta prima di una seria operazione all’intestino e l’analista gli augura che vada tutto bene. Questo è un parametro perché solitamente non diciamo se una cosa ci piace oppure no. E’ importante considerarlo come un parametro perché un giorno, in futuro, il paziente potrebbe avere bisogno di sentire ancora qualcosa di questo genere, ad esempio un augurio, e restare in silenzio per tutta la seduta sino a che dirà: “Una volta lei mi è stato tanto vicino, mi ha fatto gli auguri e anche adesso io ho bisogno di una cosa del genere”. Dobbiamo ricordarci di tutto quello che facciamo ed essere capaci di dire perché l’abbiamo fatto e perché in quel momento non lo facciamo. I parametri sono molto pericolosi se non si “tengono”. Quando avevo tanti pazienti avevo per ognuno un foglietto con scritto i parametri. Ad esempio un parametro molto specifico, quando si fa una terapia con un paziente psicotico, è quello di offrirgli un Io ausiliario. E’ un parametro importante che si può fare solo con questa tecnica perché è flessibile. Io posso essere flessibile, il metodo è flessibile e non sono obbligato a rispettare una tecnica che ora per ora è la stessa dall’inizio alla fine. Posso adattarla. Si usa questa tecnica con pazienti che non hanno il tempo di venire tre o quattro volte la settimana o che non possono pagare tre sedute ma solo due la settimana: il mio comportamento è lo stesso che uso nella tecnica classica, gli strumenti sono gli stessi.

Johannes Cremerius

Gruppo teorico – clinico 1° Secondo Giorno (30/07/2001)
(A proposito del concetto di interpretazione)

CREMERIUS: (...) se c'è un'interruzione, dal giovedì fino al lunedì ad esempio, diventa difficile per il paziente trattenere l'interpretazione di transfert formulata nel corso della seduta precedente: l'attività della resistenza è così forte che si rischia di veder rovinare l'intervento fatto. "Il vento ricopre di sabbia": l'interpretazione ed l'insight, dopo quattro giorni, non sono più attuali, non sono più "per noi due". Io stesso dimentico e non riesco ad individuare le parole più adatte, il tono più consono. Tuttavia, visto che ci sono pazienti che non hanno altre possibilità, dobbiamo cercare di essere flessibili: fornire molte più informazioni relative alle caratteristiche tecniche del nostro procedere, spiegare i motivi che stanno alla base di determinati interventi. Prendiamo, ad esempio, un paziente che comincia la seduta raccontando un episodio della sera prima. In un'analisi classica, interveniamo dopo dieci minuti dicendo, ad esempio: "Sì, forse quanto sta dicendo è importante per lei, ma sono convinto che lei mi stia parlando di questo episodio perché si vergogna di riprendere il tema dell'ultima seduta". Con una frequenza di due sedute settimanali, non si può fare un intervento così perché, o io o lui, ma molto probabilmente entrambi, abbiamo dimenticato: la sabbia ha ricoperto il materiale dell'ultima seduta. Quindi si deve accettare ciò che il paziente racconta, si deve lasciare andare e lentamente, durante la seduta o nel corso della seduta successiva, si deve spiegare al paziente che le sue parole riguardano anche il suo senso di vergogna.

INT: Mi interessa molto capire quali adattamenti tecnici siano necessari per le psicoterapie con un numero di sedute inferiore a quello richiesto per l'analisi classica, perché è così che lavoro di solito. In particolare vorrei capire quali siano le modalità più adeguate per riprendere i punti nodali emersi nel corso della seduta precedente.

CREMERIUS: Oggi le psicoterapie a limitato numero di sedute sono quasi la norma.

INT: Ad esempio se nella seduta precedente è emerso un tema "caldo", nel corso della seduta successiva sia io che il paziente ne abbiamo un ricordo razionale mentre il clima emozionale è andato perduto e risulta molto difficile riprendere il punto.

CREMERIUS: Con questa tecnica modificata diventa centrale l'intervento pedagogico; un intervento sul versante cognitivo. La fase di insegnamento della tecnica si protrae a lungo e ci vuole molto tempo per poter introdurre l'interpretazione di transfert. Di conseguenza queste analisi durano molto più a lungo dell'analisi classica. Se un analista utilizza al meglio le possibilità offerte dall'analisi classica, se è vivo, presente, attivo, oggi si può concludere un'analisi in due, tre anni con una frequenza di tre o quattro sedute la settimana. Se l'analista è capace ed attivo, e per attivo intendo in grado di costruire seduta per seduta, di procedere sistematicamente con il lavoro di elaborazione. Il mio primo analista è stato in silenzio per mesi, non è mai intervenuto, convinto che l'inconscio elaborasse da sé. E' stato Morgenthaler che, con la sua freschezza, ha detto: "L'analisi non è una cura di riposo". Voi sapete come io lavoro: non lascio passare una seduta senza elaborare con il paziente un certo punto, rispetto al quale sono chiaro, preciso, intenso e pronto a difendere la mia posizione. Io parto dal presupposto che il paziente debba difendersi e quindi attacco la difesa. Questo è ciò che Freud ha definito "elaborazione delle resistenze". Io sostengo questa tecnica con l'argomento che "procura più piacere" anziché stare in silenziosa attesa di quello che succederà. La sistematica elaborazione delle resistenze richiede un analista più attivo, un analista che, grazie ad una "cornice" stabile, ad una cornice che "tiene", all'interno quindi di un setting molto rigoroso, può dare spazio a tutta la sua creatività.

INT: Una chiarificazione: quando la difesa si presenta con le sembianze di “un grande amore” che il paziente incontra non appena iniziata l’analisi, mi risulta molto difficile introdurre interpretazioni di transfert in una fase così precoce. Lei come si muove in situazioni del genere?

CREMERIUS: Il primo intervento di solito consiste nel dire: “Il suo è proprio un grande innamoramento, così intenso da poter rendere difficile la prosecuzione dell’analisi. Capisco che lei abbia tanto bisogno di parlare di questa bellezza, di questa donna, ma forse possiamo chiederci come mai questo è così importante ora; come mai lei ora ha tanto bisogno di parlarne...”. Poi lascio spazio al paziente. Se per alcune settimane il “grande amore” continua ad essere il suo unico argomento, intervengo con: “Bene, ora lei mi ha raccontato ogni cosa; io mi rendo conto di quanto è bella questa ragazza; di quanto è grande questo amore, ma credo dovremmo chiederci se a questo punto è possibile rientrare nell’analisi o se non sia più opportuno sospendere il nostro lavoro finché questo grande movimento non si sia un po’ calmato.”.

Cerco anche di interpretare la resistenza, dicendo, ad esempio: “ Forse lei ha anche paura di continuare l’analisi e continua a parlare di questo amore, perché c’è qualcosa dentro di lei che la tocca da vicino e di cui si vergogna a parlare...”. Cerco poi di far comprendere al paziente che ci sono innamoramenti che sono una sorta di patologia: fanno sentire fuori di sé e fuori dal mondo ma è normale ed umano che questo avvenga. Se una persona però, per tre ore alla settimana e per due o tre settimane, parla solamente di questo, non possiamo esimerci dal chiederci che cosa abbia a che fare con l’analisi. Si valuta allora con il paziente se può essere il caso di sospendere l’analisi fino a che questo grande movimento si sia calmato, o se non sia più utile chiedersi perché è così intenso da bloccare il lavoro. Cerco, nel corso delle successive dieci sedute, di capire se dietro a questo innamoramento si cela, inconsciamente, qualcosa che valga la pena analizzare. Non voglio però disturbare l’amore, perché è qualcosa di prezioso, di bello, che capita forse un’unica volta nella vita. Adotto quindi un atteggiamento liberale, accettante, grazie al quale rendo possibile al paziente capire se l’innamoramento è anche una copertura, evitando che sviluppi altre resistenze per difendere una posizione che potrebbe sentire attaccata se assumessi un atteggiamento diverso.

INT: Sentendola parlare mi sono reso conto di non aver mai fatto nessuna analisi, ma sempre e solo psicoterapia analitica. Quello che volevo chiederle, proprio perché effettivamente vedendo il paziente solo due volte la settimana c’è un intervallo molto lungo con questo “vento che ricopre di sabbia ” e di volta in volta vengono portati anche temi diversi, è come si sceglie il punto focale? Si segue il vento della seduta oppure si recupera e si tiene il filo su un punto finché l’elaborazione di questo non è esaurita, prima di andarne a toccare altri ? E come si sceglie il punto su cui è primario lavorare?

CREMERIUS: I vecchi analisti con cui io ho lavorato nella seconda fase della mia formazione analitica, il gruppo di Zurigo, hanno risolto il problema che lei pone dicendo: “Dato che si tratta di un problema insolubile perché è molto difficile capire quando lasciare andare, quando entrare, noi non facciamo nient’altro che analisi classica; prendiamo i pazienti soltanto per un minimo di tre sedute. Non facciamo altro, perché “l’altro” è quasi impossibile. È molto difficile lavorare con due sedute sia per l’analista che per il paziente ed è anche dubbio il successo di questo lavoro. Poiché molti pazienti non potevano permettersi di pagare la terza seduta certi analisti hanno preferito sacrificare una parte dell’onorario pur di non penalizzare il metodo. Hanno perciò permesso ai pazienti che non potevano sostenere i costi di quattro sedute di pagare in seguito quando avessero guadagnato di più. L’idea sottostante è che sia più importante poter lavorare secondo la regola utilizzando un metodo che consenta di ottimizzare i risultati piuttosto che guadagnare un po’ di più. Si pone ovviamente il problema dell’effetto che questo regalo potrà avere a livello inconscio e di come potrà modificare il transfert, ma su questi effetti sarà possibile lavorare, a condizione che il

paziente sia un bianco e di nazionalità svizzera, se siamo a Zurigo. Nel caso di un paziente di colore questo approccio non sarebbe consigliabile, perché il paziente potrebbe pensare che lo aiutiamo perché è nero o ebreo o perché fa parte di un gruppo minoritario o perseguitato. Con questo genere di pazienti è necessario attenersi alla regola (ride). Con un paziente di colore è importante insistere sul pagamento normale, perché queste persone, come pure tanti ebrei (forse oggi non più), tendono ad interpretare tutto quello che si fa come effetto della loro appartenenza razziale.

Tornando alla sua domanda, io ritengo sia importante cercare di trovare un modo per lavorare con almeno tre sedute. Io ho detto spesso ai pazienti che avrebbero potuto pagare la terza seduta al termine dell'analisi perché per me usare il metodo analitico rappresentava un piacere molto più grande che guadagnare cento marchi in più. Ho parlato molto chiaramente.

INT: Lei diceva proprio questo al paziente?

CREMERIUS: Sì, dicevo proprio che non ritenevo opportuno lavorare con un numero ridotto di sedute perché era molto più complicato, non era il metodo migliore e richiedeva tempi più lunghi dell'analisi classica. Dicevo al paziente che per me rappresentava un piacere poter lavorare con il metodo ottimale; che come medico ho imparato ad usare la medicina migliore e a non ad accontentarmi di rimedi più scadenti. Aggiungevo che potevo permettermelo perché lavoravo molto e questo non mi avrebbe mandato in rovina; che non mi sarei "tolto il burro dal pane" insomma. Considerato il mio ruolo all'Università, i pazienti che si rivolgevano a me erano solitamente facoltosi, ma con i giovanotti e gli assistenti universitari l'ho fatto molto spesso e tutti mi hanno pagato dopo qualche anno. Non ho perso molto, credo, e ne ho ricevuto un grande piacere, perché per me l'analisi è un piacere incredibile.

INT: Quindi lei diceva che, se avessero potuto, avrebbero pagato in futuro. Lasciava anche la possibilità di non pagare, se non ne avessero poi avuto la disponibilità.

CREMERIUS: Sì, io dicevo "se potrà", e lo dicevo sinceramente: il mio dispiacere è così grande, se non posso usare questo metodo, che il piccolo dispiacere di perdere qualche marco...

INT: Professore, forse in maniera un po' meno elegante, credo di aver fatto la stessa cosa, anche se in un contesto diverso. Seguo un ragazzo con un disturbo schizoide di personalità e dopo aver fatto due sedute pagate regolarmente dal padre, perché lui ha 22 anni e non lavora, il padre è venuto da me arrabbiato e dispiaciuto dicendo che era economicamente in crisi e che quindi il figlio doveva fare una sola seduta. Io non sapevo cosa fare, non ho molta esperienza, e non mi era mai capitata una situazione simile, così ho preso tempo, ho tergiversato senza prendere posizione. Però poi, quando è venuto il ragazzo, gli ho detto che ritenevo necessario continuare con due sedute e che ne avrebbe pagata soltanto una. Non ho però introdotto la variante del "pagherai se e quando potrai". Si può usare questo metodo anche se l'ostacolo è rappresentato dai genitori?

CREMERIUS: Sì, io ho visto che molti colleghi che vengono da me in supervisione utilizzano questa modalità e, a quanto ho potuto vedere, in genere i pazienti, grazie alla proposta dell'analista comprendono l'importanza di una maggiore frequenza e si attivano per avere il denaro necessario: cercano un secondo lavoro, trovano qualcuno a cui chiedere aiuto, attivano una risorsa nuova. Nessuno vuole non pagare un lavoro. Alcuni pazienti hanno ad esempio venduto qualcosa; un paziente ha venduto un terreno della nonna inutilizzato da 50 anni; un altro un quadro dell'ottocento del suo bisnonno, che sul mercato aveva un certo valore, ma che non ne aveva per lui e con queste proprietà fino a quel momento prive di significato ed inutilizzate, queste persone hanno potuto pagare per tre-quattro anni la quarta seduta. L'ideale è che il paziente comprenda l'importanza della frequenza e scopra risorse inattese per riuscire a pagare.

Una volta si è presentato un giovanotto dicendo che non aveva soldi, che poteva venire solo una volta e che gli creava difficoltà anche pagare una sola seduta... io allora gli ho chiesto il minimo, ma poi, vedendo che veniva sempre con nuove scarpe e nuovi vestiti ho capito che mi aveva preso in giro, che aveva i soldi ma non voleva spenderli per l'analisi. Si deve quindi chiarire bene; accertarsi di avere a che fare con un paziente "serio", con una persona che ha interiorizzato le regole della nostra società.

A questo punto il gruppo concorda di discutere con il Prof. Cremerius un caso da lui supervisionato per il quale è stata utilizzata la tecnica descritta.

INT: Nel corso di una seduta di supervisione il prof. Cremerius mi ha suggerito di dare un aut aut al paziente, dicendo che o si rendeva disponibile a passare ad una frequenza di tre sedute settimanali o io mi sarei trovata nell'impossibilità di continuare l'analisi. Sintetizzo il caso, che la maggioranza dei colleghi conosce perché è stato oggetto dell'ultima supervisione di gruppo tenuta dal Prof. Cremerius a Milano. Si tratta di un uomo, laureato, di 50 anni, che aveva lasciato un'attività libero-professionale con prospettive brillanti e si dedicava attualmente solo all'insegnamento. I genitori erano a loro volta insegnanti e lo era anche la moglie. Nessun figlio e da anni nessun rapporto sessuale. Non è per questo però che richiede un'analisi. La sua richiesta è motivata unicamente dalla presenza sempre più invasiva e paralizzante di attacchi di panico. Aveva dapprima tentato di risolverli con l'ausilio di farmaci e, successivamente, contattando psicoterapeuti, rigorosamente di sesso femminile. Alcune terapeute erano state scartate per motivi essenzialmente "estetici" (lo studio buio, brutto, arredato male... l'analista poco curata, triste etc...); con tre analiste aveva invece iniziato un percorso, poi rapidamente interrotto. La mia impressione era che anche l'analisi potesse suscitare "panico" se percepita come stringente o soffocante. Gliel' ho proposta quindi in modo 'soft', sottolineando l'importanza della frequenza ma tenendo conto della sua paura. Gli ho proposto di cominciare con una seduta e poi vedere se aumentare gradualmente la frequenza.

CREMERIUS: Anche questo è un metodo, un po' nascosto,velato... è una tecnica specifica particolarmente adatta a pazienti con disturbi narcisistici. L'offerta dell'analisi per un vero narcisista rappresenta infatti una svalutazione così profonda che risulta impossibile proporla senza ferire in qualche modo il paziente.

Con questi pazienti si può utilizzare questa tecnica o, in alternativa, una tecnica molto interessante, elaborata da Morgenthaler in seguito alla richiesta di una seconda analisi da parte di uno psicoanalista già molto noto.

INT: In effetti si trattava di un paziente narcisista; il professore ha preferito, trovato più consono, parlare di "narcisismo cattivo" o "narcisismo distruttivo" piuttosto che di masochismo.

CREMERIUS: Autodistruttivo!

INT: Sì, autodistruttivo, essenzialmente, senza però che vi fosse alcun acting out. Autodistruttivo nel senso che la sua "grandiosità" veniva espressa attraverso una meticolosa ricerca di modalità atte ad eliminare ogni oggetto od attività che potesse costituire una fonte di piacere. Uomo con grandi potenzialità, molto intelligente, si era laureato con il massimo dei voti; aveva vinto immediatamente il concorso per l'insegnamento; aperto uno studio con alcuni amici con cui si sentiva e lavorava bene e con discreto successo.. si era poi, gradualmente, privato di ogni cosa, sia del lavoro gratificante che svolgeva in studio con questi amici e che gli consentiva di mantenere un buon contatto con la sua città natale, che, appunto, degli amici, dei rapporti sessuali con la moglie, della

possibilità di avere figli, e poi, come effetto di questi attacchi di panico sempre più invasivi anche della possibilità di andare in vacanza, di viaggiare arrivando così a vivere in un mondo sempre più ristretto e soffocante. Fin dall'inizio dell'analisi si era definito un "fallito di successo", dicendo che aveva avuto pieno successo nell'organizzare il suo fallimento. Qualcosa di analogo al "narcisismo antinarcisistico" di cui parla P.C. Racamier. Questa definizione, così raffinata in fondo, evidenzia il fatto che anche le funzioni intellettive e cognitive venivano utilizzate da questo paziente per organizzare il proprio fallimento e, presumibilmente, il fallimento dell'analisi.

CREMERIUS: Forse è difficile capire che ciò ha a che fare con il narcisismo... capire che è un'azione narcisistica il fatto di ridurre le proprie potenzialità, restringere il proprio campo esistenziale... perché a prima vista sembra il contrario... una persona che rovina lo sviluppo, la bellezza, la grandezza e si riduce ad essere un poveretto che non può più andare fuori casa, fuori città, non può presentarsi nella sua grandiosità...

INT: E' come se si proteggesse da qualunque tipo di ferita; si riduce in un mondo più ristretto, quindi più dominabile, proprio perché è sempre più piccolo. Non so se ho colto giustamente il legame con il narcisismo.

INT: E' un grosso potere comunque!

INT: La grandiosità del fallimento, "il fallito di successo", lo dice molto bene il paziente...

INT: E' l'unico a fallire così bene al mondo...

CREMERIUS: Sì, secondo alcuni autori lo schizofrenico autistico rappresenta "la perfezione"; la perfetta riuscita della "grandiosità narcisistica", perché non c'è più niente che lo può disturbare; nessuno che lo può toccare, che può rovinare la sua felicità grandiosa e questo si capisce bene se si osservano i quadri che i pazienti schizofrenici dipingono. Quando invece si è ancora "nel mondo" si è più fragili da questo punto di vista, si può essere più facilmente feriti. La schizofrenia è, in fondo, la più bella soluzione del narcisismo, della grandiosità.

INT: Pur facendo una sola seduta la settimana la nevrosi di transfert si è sviluppata molto rapidamente, ma anche il transfert si è presentato attraverso un medium molto intellettualizzato. Nel transfert è entrato parlando della "Montagna incantata" ed identificandosi con il protagonista che si innamora e viene poi deriso e abbandonato per un 'energumeno' da questa "donna molto altezzosa", che ha il mio stesso nome...

CREMERIUS: Sì, l'olandese di cui questa affascinante "russa che parla francese" si innamora è l'antitesi del protagonista: è un uomo grande, grosso, dominante, che prende tutto quello che gli piace: che beve, mangia, governa, ricerca in ogni modo il proprio piacere...

INT: Un'altra fantasia del paziente che rispecchiava molto la sua situazione esistenziale era quella di riuscire ad arrivare a non avere bisogno di nulla. Fin dall'inizio diceva di avere paura che l'analisi fosse un metodo esoterico, che ci fosse qualcosa di mistico; che in qualche modo misterioso gli portasse via delle cose, magari dandogliene delle altre... diceva che aveva paura, come Robinson Crusoe, nella sua isola, che lo portassero via, perché in fondo si era anche abituato alla sua vita così ristretta. Quando il professore ha rilevato questa rapida e così intensa entrata nel transfert, mi ha detto che il paziente era in pericolo con una sola seduta la settimana e mi ha proposto, proposto con molta enfasi, di dargli l'aut aut delle tre sedute...

CREMERIUS: Sì, se il paziente cade non c'è una "rete per sostenerlo". Anche questa è la funzione di un maggior numero di sedute.

INT: Io avevo trovato molto bello l' intervento suggerito dal Professore, che mi aveva consigliato di iniziare la seduta e di parlare a lungo per spiegare al paziente che, considerato che si era spaventato perché avevano cominciato ad apparirgli immagini di donne che gli dicevano di impiccarsi, di buttarsi dal ponte e di farla finita, considerato che la moglie gli appariva sempre più squalificante e rifiutante, che soffriva molto per la misera sorte del protagonista del romanzo ritenevo lui mi percepisse come "una donna che gli avrebbe distrutto la vita" e che questa percezione poteva non essere del tutto errata se io continuavo a lasciare che si esponesse alla sue paure senza offrirgli adeguato supporto. Io ero un po' titubante, ma in effetti il paziente ha accettato le tre sedute.

INT: Da una a tre?

INT: Sì, per questo io ero titubante. Lui ha tentato di dire che economicamente non se lo poteva permettere, ma io gli ho proposto di pagare meno dicendo, come appunto suggerito dal Professore, che preferivo guadagnare meno ma utilizzare il metodo migliore. Un paziente così narcisista però non poteva accettare una simile offerta e così ha accettato solo una piccola riduzione dell'onorario dicendo che avrebbe usato i soldi che a volte sua madre gli donava e che anzi riteneva giusto che sua madre si accollasse tale spesa.

CREMERIUS: Mhm, la mamma!

INT: la situazione si è radicalmente modificata già dalla seduta successiva. Il paziente, che prima stava semiseduto, con i piedi a terra e come pronto a scappare, si è buttato sul lettino ed ha passato l'intera seduta, la prima, a dire che stava benissimo su quel lettino; che si sentiva accolto, quieto; che non aveva mai pensato potesse esistere una situazione di quiete e di benessere simile. Tutta la seduta è stata dedicata a parlare di questa sua insolita sensazione. Poi, naturalmente, sono ricomparsi gli episodi che tanto lo preoccupavano. Da quel momento però io ho osservato un'entrata nel transfert sempre maggiore, con sedute consequenziali una più interessante dell'altra. Mi sono quindi chiesta: "Quanto rischiamo di non fare funzionare gli interventi proponendo una seduta o due, specialmente con certi pazienti? L'altro fatto interessante è che nel corso di queste sedute il paziente ha detto di sentirsi disarmato, chiarendo che venendo tre volte la settimana non gli riusciva più di utilizzare le armi intellettuali, seduttive, che prima gli sembrava di "sparare come pallottole"...

CREMERIUS: E' un aspetto interessante. Per un narcisista l'offerta di un maggior numero di sedute equivale all'offerta di simpatia, di rispetto, di amore. Quando la dottoressa ha detto: "Io ho bisogno di tre sedute", il paziente si è sentito amato e rispettato. Anche questo aspetto è molto importante. Per un paziente depresso è il contrario. Se si chiedono quattro sedute o niente lui si sente usato, preso, derubato. Tenere conto di questi aspetti è fondamentale per il nostro lavoro; evidenziano quanto la tecnica si modifichi in funzione della specificità della situazione.

INT: Quindi con un paziente depresso può essere indicato lavorare con meno sedute...

CREMERIUS: Sì, se è una forma acuta, sarebbe sbagliato offrire quattro sedute al prezzo normale, naturalmente nel caso in cui questo rappresenti un significativo sacrificio. Se un paziente guadagna venti milioni al mese allora questo non è il punto, ma per un cittadino normale, 4-5 sedute sono due

milioni al mese e per un depresso grave, l'analisi inizierebbe già come una ripetizione: "Mi usano, mi vogliono per un loro interesse, mi rubano qualcosa, non mi vogliono bene". Può essere una situazione non facilmente analizzabile utilizzando il codice verbale. In alcuni casi è necessario un acting-in; si deve introdurre un parametro. Ma quando e come farlo si impara con l'esperienza; questa non è più tecnica; questa è l'arte del 'gioco degli scacchi' in cui si sa quando usare "il pedone o l'alfiere".(ride)

INT: C'è una domanda che vorrei farle, Professore. Subito dopo la prima seduta ho fatto un sogno di controtransfert molto significativo, che mi ha spinto a chiedermi in che misura avessero agito delle mie resistenze, e in che misura giochino in generale le resistenze dell'analista, nel proporre ad un paziente del genere una sola seduta settimanale.

Nel sogno ero distesa su una specie di barella ed ero dietro ad un muro, dall'altra parte del quale c'era un bagno in cui si trovava il paziente. Io pensavo, rimanendo distesa su questo lettino: "lui vuole che io assista a qualcosa che ha a che fare con la sua masturbazione". Vedevo il paziente in un angolo, adolescente però, seduto per terra che diceva: "C'è una cosa che mi disturba il sonno, che non mi lascia dormire... è una cosa che mi diceva sempre mia nonna"... Poi in un'altra scena del sogno io mi vedevo incinta a fare la coda ad uno sportello, sempre in ospedale.

CREMERIUS: Anche questa parte in un ospedale... in stato di gravidanza?

INT.: Sì.

INT: Scusa, ma cosa diceva il paziente adolescente?

INT: Diceva che c'era una cosa che gli disturbava il sonno, che gliel'ha sempre disturbato e che aveva a che fare con una frase che gli diceva sua nonna. Non ho saputo subito che cosa gli diceva questa nonna perché non ho ritenuto opportuno parlare al paziente del mio sogno, sia perché non ritenevo di averlo compreso a fondo, sia perché avrebbe potuto avere carattere seduttivo. La nonna gli diceva sempre che "era furbo come un setaccio". Setaccio: quella cosa che serve per filtrare la farina, che butta fuori il buono, trattiene le scorie..

CREMERIUS: sì,sì

INT: trattengono le cose cattive...

CREMERIUS: sì, forte, sì, interessante...

INT: "furbo come un setaccio"

CREMERIUS: La domanda che lei voleva fare?

INT: Sì, devo fare un'altra premessa. Io ho immediatamente associato il mio sogno ad un sogno del paziente. Qualche giorno prima quando lui si era presentato per una seduta, in studio c'era un elettricista che stava lavorando perché avevo avuto dei problemi all'impianto elettrico. Il paziente aveva commentato dicendo: "ah, oggi non sono l'unico uomo qui dentro". La notte poi aveva sognato l'elettricista nel ruolo di chirurgo che lo faceva entrare nella stanza d'analisi, stendere su una barella, gli piantava una luce violenta in faccia e l'operava danneggiandogli un occhio. Io ero presente nel sogno, non approvavo ma apparivo al paziente rassegnata ed assolutamente incapace di aiutarlo.

Considerato che anche parlando della protagonista della “Montagna Incantata” lui diceva che aveva lasciato e deriso il povero Hans, con cui il paziente si identificava, perché soggiogata dall’olandese, dalla forza e dal carisma di quel “grande uomo”, io ho cominciato a chiedermi se questa dimensione controtransferale, questo ruolo di madre impotente rispetto al padre castrante introiettato dal paziente, non avesse agito già al momento della proposta del contratto terapeutico.

Io ero convinta razionalmente di avergli proposto un’unica seduta settimanale a causa della paura manifestata dal paziente, ma mi chiedo se fosse proprio così; se dietro la motivazione razionale non ci fossero già elementi transferali.

Il sogno di controtransfert mi pareva infatti evidenziare un mio timore a fare un’analisi approfondita, a tre sedute, con questo paziente perché immaginavo di dovere entrare in contatto con delle parti sue molto intime, visto che nel sogno mi chiede di assistere a qualcosa che ha a che fare con la sua masturbazione. Per quanto riguarda la gravidanza, oltre a pensare a questa madre incapace di contenimento e naturalmente al paziente “furbo come un setaccio” che non riusciva a tenere in sé nessuna cosa buona, io l’ho collegato al fatto che sua moglie ha avuto tre aborti provocati; non ha mai voluto avere figli da lui e che mi pareva che questo atteggiamento avesse riattivato una ferita. Quello che però mi chiedevo era che tipo di ferita, narcisistica o più chiaramente di stampo edipico. In seguito al sogno ho cominciato cioè a chiedermi se fosse centrale per il paziente il fatto di sentirsi rifiutato o di sentire rifiutate le sue “produzioni”, che quindi lui stesso distruggeva.

INT: Mi chiedevo se non si poteva vedere l’ultima seduta con il paziente perché è molto interessante questo caso, la dinamica del passaggio da una a tre sedute, il sogno... mi ha colpito molto. Mi chiedevo se c’era la possibilità di vedere la situazione attuale, mi incuriosiva molto vedere l’interazione con questo paziente in una seduta, non so se c’è tempo adesso... mi interessava non lasciarlo in sospenso.

CREMERIUS: Per me è interessante osservare che un’analista deve sempre fare autoanalisi. Il paziente, molto narcisistico, oppone una forte resistenza. Con una “mossa appropriata” la terapeuta attacca e supera la difesa, riuscendo a modificare radicalmente la situazione, ma a quel punto compare un sogno controtransferale pieno di paure. La prima cosa che è importante chiedersi è “come mai?”; che cosa mi fa paura? Perché sono in questa situazione, in un ospedale? Il muro, incinta ...”.

INT: Però ero in un ospedale in cui ho lavorato per molti anni, dove conoscevo tutti, si trattava di un ambiente familiare....

CREMERIUS: Allora si lavora su questo sogno per capire quale è il problema che il paziente ha creato all’analista, facendogli il regalo di fare proprio quello che voleva facesse.

INT: La mia fantasia su questo sogno era, come dicevi tu, che ti faceva paura stringere il rapporto analitico con questo paziente, entrare maggiormente nel processo ma che, al tempo stesso ti sentivi aiutata, in un ambiente familiare... questa è la sensazione suscitata.

INT: Ciò è possibile perché io ero contenta di essere incinta e facendo la fila, chiacchieravo con degli amici, ero molto allegra nel sogno. Sì, c’era un lato piacevole e di intensa partecipazione... un’accettazione di aspetti creativi..

CREMERIUS: E’ la moglie che fa un bambino con il paziente, che ha la voglia di diventare incinta e fare un bambino con il paziente; è anche una bella e sana fantasia per una donna...

INT: Ed è anche un consentire al paziente di entrare nella mente dell'analista e di dare origine ad un processo creativo... forse questa è una lettura ottimistica... forse ho voluto interpretare il sogno in senso progressivo...

INT: C'è comunque un aspetto riparativo, perché il paziente non riesce mai a creare o pro-creare, con la moglie che interrompe sempre le gravidanze..

INT: Perché riparativo... il lettino... lo ha accolto, e tu hai accolto lui...

INT: Ma nel sogno il paziente non era in bagno?

INT: Nella prima parte del sogno, nella seconda lui non è direttamente presente.

CREMERIUS: E non si sa che cosa facesse il paziente nel bagno?

INT: No, non si vede. Io faccio questo pensiero: lui vuole che io assista alla sua masturbazione.

CREMERIUS: E'interessante che vi sia una fantasia sul livello sessuale e non sul livello narcisistico. Il paziente stimola in lei fantasie che hanno più a che fare con la situazione edipica che con una fase pre-edipica dello sviluppo.

INT: Io credo che sia essenzialmente un isterico questo paziente...

CREMERIUS: Ecco, adesso dobbiamo chiederci se attraverso un sogno di controtransfert l'analista sia stato in grado di stabilire la diagnosi o se questo sogno non sia stato invece l'effetto di una difesa; il risultato di una resistenza rispetto al pesante lavoro che impone un paziente narcisista. L'analista preferirebbe probabilmente lavorare con lui su un livello edipico e il sogno in questo senso sarebbe rassicurante. Sono sempre molteplici gli aspetti che è necessario tenere presenti ed è questo che rende il nostro lavoro così affascinante; questa mancanza di certezze, di risposte a priori che ci obbliga ad interrogarci continuamente, a chiarire in noi, nella relazione duale, nel campo, che è sempre il terzium...

Tanti aspetti può avere questo sogno... è una difesa o rappresenta qualcosa che è parte del paziente e che l'analista ha introiettato? Non mi è ancora chiaro. Il controtransfert rappresenta un aiuto per comprendere dinamiche inconscie che il paziente nasconde o a cui non è assolutamente in grado di accedere? Se si segue questa 'regola dello scacco', che per me rappresenta il paradigma ottimale per la teoria della tecnica, la verità non potrà che venire a galla: la verità del transfert e la verità dell'analista. Io (analista) devo chiedermi perché sento quello che sento e sottopormi ad una rigorosa autoanalisi. D'altro canto non posso che interrogarmi e cercare di comprendere più approfonditamente aspetti del paziente che abbiano a che fare con la situazione edipica, con la sessualità, con il transfert... Seguendo queste due linee sistematicamente, seduta per seduta, mi muovo per tentativi ed errori; procedo gradualmente. Per me è interessante e molto bello, un vero piacere in definitiva, questo procedere con metodo, con sistematicità, ma questo è il mio modo, un modo più maschile forse. Si può fare anche diversamente, più empaticamente, ma a me piace vedere che cosa il paziente fa in risposta a ciò che io faccio: mi piace studiare la mia mossa e la sua contromossa o viceversa. Procedendo con consequenzialità si arriva sempre al punto focale nell'hic et nunc. Nel caso presentato dalla collega, il sogno di controtransfert e le associazioni emerse potrebbero suggerire all'analista di tastare il terreno dicendo, ad esempio, al paziente: "Credo che lei sia tanto felice di fare questo lavoro con me perché crede, perché spera di avere finalmente trovato una donna con la quale può parlare di ciò che attiene alla sessualità". Il paziente attraverso un intervento del genere potrebbe sentirsi compreso e superare ad esempio la vergogna e noi

potremmo così verificare se tutto il suo narcisismo sia determinato da questo grande timore, dal “panico” che suscita nel paziente la sessualità, come sembrerebbe indicare il sogno occorso alla terapeuta. Questo potrebbe essere un bell’ intervento, che eviterebbe di produrre fantasie. Io mi sento sempre male, a disagio, se non mi è possibile verificare le mie... sì, fantasie creative, che sono fondamentali in quanto rappresentano “l’arte” che, nel lavoro psicoanalitico sempre si coniuga con “la scienza”, ma che devono poi essere analizzate e verificate, nel passaggio, indispensabile, dal processo primario a quello secondario.

Bisogna prima di tutto chiedersi se il sogno o la fantasia abbia o meno a che fare con problematiche più o meno irrisolte dell’analista e, successivamente, quale sia il suo significato rispetto al paziente e sul piano interpersonale. Il primo aspetto si può chiarire parlandone con il marito, con la moglie, con un amico che ci conosce molto bene...

INT: Anche se non ha molto a che fare con psicologia, con la psicoterapia...

CREMERIUS: No, meglio di no... altrimenti offre della teoria, perché ci sono pochi analisti che lavorano con il materiale. Se si legge la letteratura lo si può constatare. Io sono sempre arrabbiato con una teoria in cui non trovo il paziente. Quando leggo i resoconti di questi casi, non vedo il paziente. Vedo sempre teorie. Le teorie sono un bene per la scienza, ma lo scienziato che sta davanti al fenomeno deve muoversi come ricercatore e non come promulgatore di una teoria, in cui, come in un letto di Procuste, fa rientrare ogni paziente; che mette sopra al paziente. E’ affascinante essere sempre ricercatore. Freud ha parlato della triade: terapia, ricerca ed insegnamento. L’analisi è sempre terapia, ricerca ed insegnamento sia per il paziente che per l’analista. Questa è anche la grande differenza rispetto alla psicoterapia. La psicoterapia è sempre qualcosa che si fa al momento, con buon senso, con umanità, ma non è verificabile, non segue un metodo preciso. Io difendo la psicoanalisi come scienza perché, in caso contrario, se cioè non si segue un metodo che renda questo lavoro oggetto di verifica sia interna che esterna, la psicoanalisi rappresenterebbe uno strumento troppo pericoloso che dovrebbe essere proibito dalla polizia. Sono contro una psicoterapia che non sia basata su una teoria, qualsiasi, junghiana, kleiniana, adleriana, non dipende dalla teoria. Deve esserci una teoria di riferimento che consenta all’analista di controllare i suoi interventi; di seguire con sistematicità il processo e di poter presentare ad altri il suo lavoro, verificando che vi sia una logica sottostante condivisa o perlomeno condivisibile. Per me è sempre stato un grande piacere conoscere me stesso, capire perché mi vengono in mente certe idee in certi momenti... cercare quello che chiamo il “filo rosso”. Non si deve avere troppa paura di sbagliare, si può sempre cambiare, se si lavora con il metodo per ‘tentativi ed errori’. Qualche volta mi è capitato di parlare con il paziente riguardo una situazione di stallo dicendogli, ad esempio, che avevo l’impressione di aver imboccato una strada senza uscita, e che ritenevo necessario riflettere sulla situazione di stallo in cui ci si trovava, capire se avevo sbagliato io, se utilizzavo un metodo non adatto per lui o se era invece lui ad essere reticente, a non fornire delle informazioni... ; che ritenevo necessario riflettere assieme su questo per trovare una via d’uscita... E’ un lavoro che si fa seduta per seduta. L’ideale sarebbe che alla fine di ogni seduta ci fosse almeno un po’ d’accordo sul lavoro svolto; che analista e paziente possano entrambi dire: “Ho capito perché lei mi ha detto questo”; che il paziente abbia compreso il perché di qualche suo fino ad allora inspiegabile atteggiamento. Voglio dire che il sistema che si utilizza deve essere comprensibile, non che ci debba essere un uso razionale del lavoro analitico perché questo sarebbe troppo riduttivo, perché c’è anche emozionalità, affettività, transfert che si radicano nell’infanzia, in quelle prime esperienze di vita così pregne di ricchezze dell’inconscio. L’inconscio non è soltanto “inconscio”. L’inconscio è anche il vivente depositario della ricchezza dei primi tre anni di vita che sono conservati nel nostro animo, anche se non nella nostra mente cosciente. Noi sappiamo che niente è andato perduto, che in tutti noi ci sono grandi ricchezze, miniere piene di cose preziose, a cui la mente razionale

spesso non ha accesso. Uno dei compiti dell'analisi è proprio quello di cercare, assieme al paziente, l'"oro" della sua miniera. Riuscire a ri-trovare questa ricchezza sommersa produce, naturalmente, un piacere incredibile e se il paziente riesce a capire che questo è lo scopo del lavoro analitico, ciò rappresenta per lui "la luce alla fine della galleria". E' importante per un uomo a metà della vita poter incontrare un altro uomo che, grazie alle sue conoscenze, lo può "illuminare"; lo può aiutare a comprendere che c'è una luce, consentirgli di pensare e di dire: "E' la mia luce, la luce per me". Altrimenti l'analisi è una tortura. L'analisi deve essere piena di speranza, piena di piacere, anche. In alcuni momenti, non sempre, ma in alcuni momenti il paziente deve sentire che le interpretazioni rimandano e ri-cercano qualcosa di bello, che ha splendore, profumo, bellezza. Io difendo la teoria dell'istinto, la prima teoria di Freud, perché la sua prima teorizzazione è più vicina, più intrisa, dei contenuti di questo ricco mondo infantile rispetto alla teoria di Hartmann, ad esempio, teoria che attribuisce un ruolo di primo piano all'Io. Nel prossimo numero di Setting uscirà un mio lavoro in cui cerco di dimostrare che alla teorizzazione di Hartmann e della Psicologia dell'Io in generale manca la ricchezza che è invece presente nel primo Freud. Nella teoria dell'istinto l'Io non viene ignorato, ma non è in primo piano perché è un'istanza che si sviluppa più tardi e non può esserci d'aiuto nel ricercare "la galleria che conduce nella miniera"; il luogo, sepolto nel profondo di ogni individuo, la cui ricerca ed il cui ritrovamento vengono percepiti dal paziente come un grande piacere. E' un immenso piacere comprendere che "cercare" è il senso dell'esistenza e che questa ricerca non ha fine; la fine non l'abbiamo in mano. Il punto è che nella nostra cultura, la cultura dell'Homo Faber, il lavorare, il bisogno parossistico, maniacale di guadagnare, di avere sempre più cose e sempre più "moderne", sempre più grandi, la casa, l'auto... le case, le auto... è una grande malattia. Io ritengo che un individuo "sano" il piacere lo trovi nella vita quotidiana; nella condivisione con un compagno o con una compagna con cui conduce una vita più seria per arrivare ad una maggiore 'understanding', comprensione; ad una maggiore vicinanza; ad aiutarsi e sostenersi reciprocamente. Una forma realmente umana di esistenza consiste, a mio avviso, nella capacità di creare spazi comuni; di creare un mondo per i bambini; di trovarsi a leggere un libro insieme, a commentarlo, a fantasticare e sognare assieme; un mondo in cui non c'è spazio per la televisione; in cui si cerca in ogni modo di avere tempo da trascorrere con la o le persone importanti, tempo per le cose essenziali. Questo non è solo il mio modo di vedere le cose; questo è anche un insegnamento, mio nei confronti degli allievi, ma anche dei pazienti. E' in fondo quello che ogni analista cerca di far recuperare a chi ha in cura: un rapporto autentico con il mondo, un rapporto mediato finalmente dall'essere e non solo dall'avere. Noi psicoanalisti siamo anacronistici, il nostro è un modello anacronistico, fuori dal tempo, l'antitesi della modernità, ma io difendo questo modello, perché credo che l'uomo, se è un vero uomo, un uomo che vuole una vita umana, ha bisogno essenzialmente di tempo per se stesso e per stabilire una relazione con un altro. Certe cose possiamo svilupparle, sentirle, viverle soltanto in presenza di un altro significativo: questo non vale solo per lo sviluppo del bambino, ma è ciò di cui si nutre e che consente, nell'intero arco della vita, l'evoluzione della mente.

INT: I pazienti spesso sottolineano questo fatto: nella seduta di analisi c'è un piacere legato al potersi fermare e darsi un tempo...

CREMERIUS: Io questo bisogno di tempo lo introduco sottolineando il piacere del silenzio. Quando i pazienti stanno in silenzio il Super-io dice: "Io non posso venire, non parlare e pagare per niente". Io lavoro molto, do molte interpretazioni, sul silenzio come strada per trovarsi, sentirsi, arrivare a se stessi in presenza di un altro, perché anche il silenzio è una forma di comunicazione. Questo per me costituisce una parte consistente del mio lavoro con il paziente. E se il paziente è il tipo di manager moderno, che parla e racconta e produce e deve essere efficiente, io tento di introdurre il silenzio e lo spazio.

INT: Il contatto. Quando lei parla così io penso: “Pensa come sarebbe stato fare l’analisi con il Prof. Cremerius!”

CREMERIUS: Sì, ma provate, se potete, a trovare questo piacere in voi stessi e provate a farlo trovare al paziente. Il piacere di avere un tempo ed uno spazio per sé e di poterlo avere grazie all’esistenza di una cornice. Io mi sento protetto dal metodo; non ho paura ad aprirmi perché se lavoro attenendomi al metodo sono protetto dalla cornice della neutralità tecnica, che mi consente di controllare tutto quello che faccio lasciando in tal modo ampio spazio alla mia ‘spontaneità’.

INT: Ecco, in questo senso io ho interpretato l’ospedale del tuo sogno (dott. B.), un po’ come se fosse un setting amico. Come se il passaggio da una a tre sedute o comunque la decisione di fare questa proposta al paziente avesse aiutato la terapeuta a posizionare il setting, a poterlo legittimare e quindi utilizzare, sia come possibilità che come confine.

CREMERIUS: Sì, ma questo sogno evidenzia anche l’aspetto pericoloso per cui l’analista donna percepisce l’accogliere il paziente all’interno di una cornice sicura come un prenderlo dentro di sé, come fosse un bambino. Il sogno è positivo per l’aspetto creativo che evidenzia, ma rischia di essere pericoloso per il processo, perché finalmente è il paziente che deve essere messo in condizione di poter fare un bambino in se stesso, nella nicchia della sua femminilità e non nell’oggetto femminile dell’analista. Questi aspetti creativi sono belli, ma pericolosi. E’ questo che trovo geniale nella teoria di Freud: un modello che si muove tra impulso e difesa.; la ricerca della compresenza di entrambi in ogni movimento della psiche, e ciò vale sia per la psiche del paziente che per quella del terapeuta. Non dobbiamo mai dimenticare che è la strada tra impulso e difesa che dobbiamo cercare, mantenendoci equidistanti. L’impulso non è necessariamente qualcosa di buono che l’analista deve promuovere; l’impulso può anche spingere verso sentieri pericolosi, nel qual caso l’analista dovrà fornire un’interpretazione capace di rinforzare l’Io.

Questa necessità di rinforzo per l’Io mi consente di introdurre l’altro tema di cui abbiamo deciso di occuparci oggi e cioè la terapia di supporto; di cui parlerò “analiticamente”.

Questa terapia viene utilizzata in tutti i casi in cui l’analisi classica o la psicoterapia psicoanalitica non siano indicati: disturbi di carattere gravi; disturbi di personalità; personalità infantile, paranoide, narcisistica, borderline; forme maligne di isteria... La caratteristica più evidente fin dal primo contatto con il paziente è la presenza di un comportamento a-nomalo, asociale, anti-sociale o non convenzionale, detto più sottilmente un “disturbo della relazione dell’oggetto concettuale”. Si evidenziano incapacità a mantenere un’adeguata distanza, mancanza di tatto, instabilità del contatto, autodistruttività, difetti a carico dell’Io cognitivo.

Questo genere di psicoterapia viene chiamata “analisi” di supporto perché si avvale di due strumenti tecnici propri dell’analisi, la chiarificazione e la confrontazione, ed in un certo senso anche l’interpretazione. Quello che è escluso e che quindi differenzia l’analisi di supporto dall’analisi classica è l’interpretazione dei processi inconsci, nell’hic et nunc e nel quando e dove. Non si fanno cioè interpretazioni né sull’inconscio presente, né sull’inconscio passato. Il mezzo tecnico centrale è costituito dalla combinazione di chiarificazione e confrontazione, a cui si somma il supporto fornito alle funzioni cognitive ed affettive dell’Io.

Supporto alle funzioni cognitive dell’Io significa fornire al paziente informazioni, consigli, argomenti razionali, etc..; significa che cerchiamo di insegnargli, così come si fa con i bambini, come è e come funziona il mondo in cui viviamo.

Supporto alle funzioni affettive significa invece fornire lodi ed incoraggiamento, usando anche, se lo si reputa necessario, la suggestione. Un trattamento, in sintesi, forse più vicino alla pedagogia che non alla psicoanalisi.

La grande differenza tra questa tecnica e la psicoanalisi classica è che la neutralità dell’analista non è sostenibile. L’analista entra nella vita reale del paziente, o direttamente o attraverso il medico di

famiglia, un'infermiera, un prete...; entra nella vita reale ed aiuta il paziente ad organizzarsi. Questa è la meta della terapia: organizzarsi e funzionare nella vita. Qualunque intervento atto a favorire l'adattamento ed il benessere del paziente è quindi lecito. Si può parlare con il medico curante, con la moglie, la madre, i figli etc. Vi è anche transfert, il transfert è dappertutto, è un fenomeno ubiquitario, ma in questo caso è importante che non venga interpretato. L'analista coglie però elementi inconsci del transfert nel comportamento del paziente e può utilizzarli, non all'interno della relazione analitica interpretandoli in termini di "riedizioni", ma in funzione dell'obiettivo che la terapia si prefigge. Anche lo stile con cui si parla al paziente è molto diverso. Il terapeuta deve parlare in modo molto chiaro, aperto, diretto; deve poter dire al paziente, sia pure con molto tatto, che il suo comportamento non è normale, è disturbato, e fargli osservare che cosa non è normale nel suo comportamento. Se per esempio il paziente entra, urla, dice che nella sala d'attesa dello studio non c'è il portacenere e continua a gridare... si parla di questo cercando di mostrare al paziente l'inadeguatezza del suo comportamento con molta intensità e chiarezza ed adottando un atteggiamento pedagogico. Tutto quello che si fa nel corso della seduta ha lo scopo di riuscire a cambiare direttamente, utilizzando spiegazioni e chiarificazioni, il comportamento disturbato del paziente, affinché questi possa trasferire quanto appreso nella sua vita esterna. Nell'analisi classica non ci interessiamo per niente di questo. Il paziente può fare quello che vuole di quello che gli succede in analisi, perché non è questo l'oggetto della psicoanalisi, alla quale interessa unicamente il processo interno. Soltanto in un'ultima fase dell'analisi, in certi gravi casi di disturbo dipendente di personalità, in cui l'elaborazione diventa centrale, è consentito un atteggiamento pedagogico, ma molto dosato e solo in casi estremi.

Frequenza. Questo è un tema molto discusso. Io faccio due sedute la settimana, e provo a ridurre il tempo a mezz'ora, venti minuti se ho l'impressione d'aver potuto chiarire qualcosa. Mi pongo obiettivi molto modesti e concreti.

In considerazione del fatto che questi pazienti hanno un'insufficiente stabilità dell'Io, se si hanno aspettative elevate o si continua troppo a lungo la seduta, tutto rischia di essere distrutto e capovolto. Reputo quindi più opportuno concludere non appena ho l'impressione che il paziente abbia colto un'indicazione fornita dal terapeuta, esortandolo a sperimentare quanto appreso. Per la terapia supportiva è fondamentale che il paziente si eserciti a casa; che cerchi di usare quello che ha capito; che sperimenti un comportamento non più patologico o disadattato. Anziché urlare con la moglie deve provare a parlare, a trattenere la rabbia; provare a controllare l'affetto e poi registrare, monitorare come si sente modificando il suo atteggiamento.

Il grande problema è la neutralità dell'analista. E' impossibile essere neutrali perché entriamo nella vita del paziente, forniamo consigli, etc. e in questo modo riveliamo il nostro modo di vedere le cose. Non possiamo essere equidistanti, perché ci collochiamo molto precisamente nel luogo del principio di realtà e del Super-io; utilizziamo lo stesso atteggiamento pedagogico che si assume con i bambini. Ricordo una donna che, entrata nel mio studio, è andata con le dita sopra le cornici dei quadri e, mettendomi le dita sotto il naso, mi ha detto: "Mah! Che sporco! E' tutto sporco qui!". Per tutta risposta io le ho detto che non volevo che toccasse le mie cose, così come si fa con un bambino maleducato. E' molto importante delineare i confini. Ho visto in supervisione colleghi che hanno trattato pazienti di questo tipo con la tecnica classica, senza intervenire, senza definire dei limiti, che si sono trovati poi impossibilitati a gestirli perché i pazienti vanno sempre oltre, fanno delle cose incredibili... si spogliano, etc.

Il pericolo della terapia di supporto è chiaro.

Non essendoci un metodo attraverso il quale l'analista possa controllare il proprio operato, il rischio è che diventi molto invadente con la sua personalità. E' molto difficile dare consigli, essere pedagogici, dire: "questo voglio, questo non voglio", è molto difficile farlo conservando una certa neutralità. Direi che è quasi impossibile. Molto spesso il terapeuta diventa autoritario o controllante; entra troppo nella vita del paziente; diventa manipolativo. E' molto difficile fare questo lavoro. Ma ci sono colleghi che sono portati per questo ed io ho conosciuto nella mia lunga vita quelli che

“hanno la mano” e sanno entrare attivamente, con forza, nella vita del paziente senza ‘travalicare’ un certo spazio; che sanno essere “sufficientemente buoni”; amare sufficientemente il paziente.

Io ho sempre avuto grande difficoltà con questo tipo di pazienti, non mi è mai piaciuto lavorare con loro, ma l’ho fatto per un certo periodo, per ricerca, perché ero interessato alla tecnica, per vedere cosa si poteva effettivamente fare. Io ho usato anche lo psicodramma classico di Moreno. Ho assunto un ruolo, ho provato a far mettere in scena determinate situazioni e così questo lavoro mi è risultato più facile.

INT: Ah!... role playing!

CREMERIUS: Role playing.

INT: E’ sorprendente! Lei professore? Non avrei mai immaginato che potesse utilizzare questo genere di tecniche....

CREMERIUS: Sì, sì

INT: La sua ricerca è infinita!

CREMERIUS: Sì, io ho sempre sperimentato. Viene dalla neurologia questo atteggiamento di sperimentatore. Io ho lavorato tre anni in un laboratorio di neurofisiologia e mi è piaciuto, ma dopo tre anni ho capito che non mi aiutava a comprendere il mio vero oggetto: l’uomo. Allora me ne sono andato. Il successo di questa tecnica dipende dalla ‘mano’ dello psicoterapeuta. Se è capace di amare abbastanza il paziente e di godere, di avere un certo piacere nel fare questo genere di lavoro, il successo può non essere male. Non si ottiene mai un cambiamento strutturale, ma attraverso questa terapia i pazienti possono essere messi in condizione di condurre un’esistenza più o meno normale, di svolgere una professione, arrivare in definitiva ad essere membri più o meno adattati della società in cui vivono. Le terapie molto spesso durano dieci, vent’anni, accompagnano il paziente per lunghi tratti della vita. Io ho avuto due – tre pazienti che ho visto per vent’anni. Venivano una volta al mese o due volte all’anno o in un certo periodo quattro volte alla settimana, mi telefonavano, anche la domenica, quando qualcosa non funzionava più, ma insomma, non è male come risultato per una persona che senza una terapia sarebbe in manicomio o in prigione o comunque costretta a vivere ai margini dalla società. Io ho avuto 11 assistenti e quando abbiamo sperimentato questo lavoro lo abbiamo fatto tutti, incontrandoci ogni settimana per parlare della tecnica e dei risultati. E’ stato molto interessante vedere che persone con lo stesso livello di formazione, tutte persone che avevano avuto accesso ad una carriera universitaria, avessero capacità ed atteggiamenti diversissimi. Vi è anche il tema della specificità della terapia.

Un’altra ricerca da noi condotta per dieci anni sulla terapia dell’isteria ha evidenziato che c’erano analisti adatti, che erano bravissimi ed altri che si facevano sedurre dalle pazienti isteriche, o si arrabbiavano, diventavano aggressivi, sviluppavano un contro transfert ‘maligno’... E’ molto interessante per me osservare quanto il nostro mestiere ci ‘tiri dentro’ e come ad esempio tutti noi, analizzati per tanti anni in Germania con quattro sedute alla settimana, non eravamo molte volte in grado di raccogliere, di sentire e di poter quindi utilizzare il controtransfert. Questo è il problema del nostro mestiere; quello che c’è di incontrollabile, di non razionalizzabile: è una persona, con tutte le sue caratteristiche, la sua storia ed i suoi limiti a rappresentare l’elemento centrale dell’intervento terapeutico.

Un tema molto dibattuto riguarda l’opportunità di combinare la psicoanalisi classica o la psicoterapia psicoanalitica con l’analisi di supporto.

INT: Combinare in che senso?

CREMERIUS: Combinare nel senso di mantenere parzialmente la posizione analitica usando sia l'interpretazione che l'interpretazione di transfert e, nello stesso tempo, fornendo sostegno, insegnamento, chiarificazioni e consigli: combinare cioè l'atteggiamento pedagogico con quello analitico. Io non l'ho mai fatto e la mia argomentazione è che la combinazione di tecniche così diverse non sia che un'illusione, perché nel momento in cui l'analista entra nella vita del paziente fornendo consigli e si mostra interessato al successo dell'intervento terapeutico cessa di essere neutrale, anonimo, e diventa, per il paziente, un oggetto di gioco con cui diventa possibile o necessario ripetere la sua patologia di comportamento.

INT: Questo significa che una volta operata una scelta rispetto al tipo di intervento non si può più cambiare oppure lei ritiene sia possibile cominciare con una terapia di supporto e, successivamente, quando il paziente diventa per così dire "analizzabile", passare ad una psicoterapia psicoanalitica? Questo secondo lei risulta confusivo?

CREMERIUS: Sì, sì. Lei chiede se è possibile con lo stesso analista. Alcuni sono capaci di cambiare ruolo, altri invece no. Se non ci si sente in grado di passare dal ruolo di terapeuta attivo a quello di analista è opportuno parlarne con il paziente e inviarlo ad un collega.

INT: Ma questo è un problema dell'analista, non un problema del paziente.

CREMERIUS: Sì, è un problema dell'analista.

INT: Quindi si può, se ci si sente in grado di farlo, passare da un tipo all'altro di terapia?

CREMERIUS: Sì, sì, anzi in casi in cui la patologia non sia troppo grave l'ideale sarebbe dopo un anno o due di terapia di supporto, ridurre gradualmente gli interventi pedagogici volti a modificare direttamente il comportamento patologico e ripristinare la tecnica analitica classica per aiutare il paziente ad entrare in un rapporto astratto, basato sul "come sé", a concentrarsi sul suo mondo interno e non più sulla realtà. La terapia di supporto è basata totalmente sulla realtà.

INT: Ma allora in che senso lei diceva che era un'illusione l'idea di conciliare, di combinare i due interventi?

INT: Combinarli nello stesso periodo.

INT: Ah, l'illusione è rappresentata dal fatto di poterli utilizzare contemporaneamente.

CREMERIUS: Sì, questo a mio avviso non è possibile perché se io oggi do un consiglio, domani non posso presentarmi come analista neutrale, perché il mio consiglio è un fatto, un elemento di realtà che io ho creato e questo autorizza il paziente a chiedere il motivo di un eventuale cambiamento di atteggiamento e così si possono aprire discussioni infinite; il paziente può avere buon gioco di criticare un'analista che il giorno prima gli ha dato un consiglio e che poi invece pretende che pensi e cerchi di dire tutto quello che gli viene in mente.

INT: E' una contraddizione.

INT: E' possibile fare una terapia di supporto fino a quando il paziente non ha più bisogno di consigli e di risposte e può quindi lavorare con la realtà interna...

CREMERIUS: Sì, questo sarebbe l'ideale. In questo modo tocchiamo anche un altro problema che è stato discusso per trent'anni all'interno della Società. Che cosa si fa con un paziente che non è borderline, ma che ha una sintomatologia urgente, drammatica, sia fisica che psichica? Un paziente che ha bisogno di aiuto e la cui struttura di personalità ci fa ritenere che varrebbe la pena e sarebbe più opportuno proporgli l'analisi classica piuttosto che trattarlo con psicofarmaci? Quello che per anni ci siamo chiesti era se si poteva iniziare un'analisi classica in presenza di una sintomatologia d'urgenza. Anche in questo caso abbiamo avviato un progetto di ricerca che ci ha consentito di osservare che se il caso è urgente e la patologia molto drammatica, le sedute vengono letteralmente invase dai lamenti, dalle sofferenze del paziente che parla dei suoi dolori e dei problemi connessi senza riuscire ad utilizzare il livello cognitivo. Abbiamo quindi ritenuto opportuno, inizialmente, essere estremamente supportivi e comprensivi ascoltando, parlando, dando consigli, invitando la moglie, telefonando al medico di famiglia, prescrivendo qualcosa per dormire, un valium ogni tanto, ogni presidio utile a ridurre l'urgenza. Voi che lavorate in clinica lo sapete, vedete casi simili molto spesso e se si hanno il tempo e la possibilità di farlo è molto meglio scegliere questa strada piuttosto che utilizzare subito gli psicofarmaci. Perché a volte funzionano così bene che il paziente se ne va (ride). Noi non vogliamo che il paziente guarisca, che stia meglio grazie all'aiuto farmacologico; vogliamo che capisca che questo soffrire ha un senso e con due, tre sedute o anche solamente con tre, quattro incontri di soli 15 minuti è possibile fargli capire che questa sofferenza ha a che fare con la sua vita, che rappresenta una conseguenza, una 'vittoria' di qualcosa che lui stesso ha messo in atto contro di Sé. Questo è il nostro obiettivo, anche in prospettiva di un intervento psicoanalitico, ma ci sono anche casi in cui un intervento di questo genere non ha alcun effetto per cui si è costretti a prescrivere gli psicofarmaci. Non siamo dei chirurghi che dicono: "l'operazione è perfettamente riuscita, il paziente è morto!" Questi sono casi che oggi in Germania si vedono molto spesso perché costa poco andare dallo psicoanalista, gli si fa una telefonata e se lui ha un'ora libera ci si può andare come si va dal proprio medico di famiglia. E dato che non costa assolutamente niente, paga tutto la mutua, i pazienti si rivolgono allo psicoanalista. Se hanno un po' di mal di stomaco oggi vanno dall'analista, non più dall'internista. Dicono: "Credo di avere un problema, da due giorni mi fa male il fegato ed io sono convinto che questo abbia a che fare con mio marito, mio figlio... sa ho sempre l'idea della mamma in mente...". Così oggi vengono, questo è il risultato del servizio gratuito. La psicoterapia è diventata qualcosa di così normale che i pazienti vengono per portare all'analista i piccoli problemi di ogni giorno.

E' stata democratizzata la psicoanalisi!

Ma per i colleghi non è male, perché hanno di che lavorare e guadagnano dieci, quindici milioni al mese; con quaranta sedute la settimana si arriva a quindici milioni di marchi.

INT: Quanto paga la mutua all'ora?

CR: Centoventi marchi,centoventimila lire.

INT: Non male.

CREMERIUS: E se uno fa gruppi pagano per un gruppo quasi cinquecentomila lire per due sedute di gruppo di quarantacinque minuti. E se uno ne fa due al giorno, arriva a guadagnare venti,ventidue milioni al mese.

INT: Economicamente la mutua tedesca riesce a pagare tutto questo? Dato che tantissimi pazienti, essendo rimborsati dalla mutua, fanno psicoterapia e con tariffe così alte, mi stupiva che la mutua riuscisse a coprire tutto questo costo.

CREMERIUS: Sì... sembrano tanti, ma in realtà su ottantamila, è solo il 3% che segue continuamente una terapia, la cui durata oscilla tra le cento e le trecento sedute; il 3% esclusi i bambini.

Ma voi non potete immaginare quanto abbiamo lottato per costringere lo Stato a farsi carico delle nevrosi.

Negli anni '60, per sette anni abbiamo lottato con la mutua, con lo Stato ed anche con la Società dei Medici. Dopo sei, sette anni, le nostre argomentazioni sono state prese in considerazione dalle casse e dalle assicurazioni e, valutato che pagare la psicoterapia costituiva un risparmio, il nostro progetto è stato accolto. Una clinica di Berlino e una di B. hanno potuto dimostrare, che con duecento ore di psicoterapia, venivano significativamente ridotti sia il numero di giorni di ricovero dei pazienti in strutture sanitarie pubbliche, che il numero di giorni di assenza dal lavoro, il consumo di medicinali etc. Tutta una serie di costi si sono drasticamente ridotti da quando la mutua paga la psicoterapia. Dato che il 98% della popolazione è assicurato con le casse. I colleghi trattano soltanto pazienti che hanno l'assicurazione. Il paziente va dal medico curante dicendo di avere bisogno di psicoterapia; il medico lo invia ad uno psicoanalista o ad uno psicoterapeuta che, dopo alcuni colloqui anamnestici, stabilisce ciò che ritiene opportuno fare per quel paziente e presenta domanda alla mutua, alla cassa, all'assicurazione. La procedura è abbastanza complessa, c'è molto controllo. Il terapeuta che voglia prendere in carico un paziente deve fare sette ore di colloqui anamnestici ed esplorativi; scrivere una relazione di sei pagine in cui, attraverso precisi riferimenti bibliografici, descrive la storia della malattia, la struttura di personalità del paziente, formula sia diagnosi che prognosi e fornisce l'indicazione di trattamento, specificandone i motivi.

INT: e chi valuta?

CREMERIUS: Questa relazione viene inviata in busta chiusa alla mutua, dove, con estrema riservatezza si valuta se inviarla ad un supervisore. Ci sono trenta supervisori in Germania; anch'io l'ho fatto. Il supervisore non sa chi sia il paziente, sa solo chi è il collega. Studia questa relazione e se quanto descritto gli appare chiaro, telefona al collega e gli dà o meno l'autorizzazione a procedere. Si autorizzano inizialmente ottanta sedute. Per ognuna delle tre tranches di ottanta sedute previste il terapeuta deve presentare una relazione ed ottenere l'autorizzazione a procedere. Il terapeuta è quindi assolutamente controllato e deve avere il diploma di un Istituto riconosciuto dallo Stato. Il numero di medici è pari ai non medici.

INT: Ma quello che lei descrive vale solo per l'analisi o è anche aperto a terapie di tipo familiare...

CREMERIUS: No, vengono pagate solo le terapie individuali o di gruppo, non le terapie familiari.

INT: La psicoterapia cognitiva?

CREMERIUS: E' accettata la psicoterapia relazionale con un numero fisso di dieci, quindici sedute; la psicoterapia (...) una strana cosa, con un numero massimo di cento sedute; la psicoanalisi con trecento sedute e la terapia comportamentale. Tutto il resto è escluso.

INT: E quali parametri diventano indicativi di una terapia che va bene, di una terapia che può andare avanti...

CREMERIUS: Decide il supervisore.

INT: Ma non ci sono parametri prestabiliti dai supervisori?

CREMERIUS: No. Ritornando alla psicoterapia di supporto, io continuo ad essere uno psicoanalista, non posso cambiare. Posso decidere di uscire dal mio ruolo classico, di utilizzare tecniche diverse, di introdurre certe variazioni, ma tutto quello che sento, tutto quello che il paziente fa, io lo organizzo analiticamente nella mia mente.

INT: Quindi si riferisce al modo di lavorare, di elaborare.

CREMERIUS: Io non posso cambiare il mio punto di vista sulla vita; la mia visione del mondo, altri forse possono, riescono facilmente a cambiare posizione, a diventare attivi, controllanti, manipolativi, ad entrare prepotentemente nella vita di un altro...

INT: Queste modalità tecniche che ha descritto, di tipo supportivo, molto più vicine alla pedagogia che non alla psicoanalisi... mi è molto chiaro perché sia opportuno utilizzarle con pazienti borderline, con tratti antisociali ma mi sembrano molto meno adatte ad un paziente narcisista. Lì mi è meno chiaro come si possono utilizzare interventi di questo tipo...

CREMERIUS: Sì, questo ha a che fare con l'indefinitezza del termine narcisista. Ognuno di noi ha tratti narcisistici, ma ci sono forme di patologia narcisistica la cui gravità è estrema. La nevrosi narcisistica è dominio della analisi classica. Ma quando il narcisismo arriva a forme antisociali o vicine all'autismo, autodistruttive; quando si ha a che fare con pazienti incapaci di svolgere una professione, allora il discorso cambia. Anche le forme di personalità infantile grave, non risultano analizzabili. Questi pazienti non sono in grado di apprendere il metodo psicoanalitico. Si alzano continuamente dal lettino e dicono: "Ma dottore non mi può dire che cosa ho? Mi vuol bene? Oggi ho l'impressione che lei non mi voglia bene...".

INT: Il passaggio dal periodo di analisi supportiva all'analisi classica, con lo stesso terapeuta, come andrebbe strutturato?

CREMERIUS: Dipende dal terapeuta: deve sentirsela. Teoricamente è possibile passare dalla terapia di supporto all'analisi classica...

INT: Ma bisogna dirlo al paziente, esplicitarlo?

CREMERIUS: Sì, perché si è sempre parlato molto con lui. Si deve continuare a parlare dicendo, ad esempio: "Ho l'impressione che ora lei sia abbastanza forte, che il suo Io sia sufficientemente stabile per poter cambiare la tecnica". Io propongo di fare una analisi e spiego in che cosa consiste. Poi chiedo al paziente: "E' difficile per lei questo cambiamento? Perché io da questo momento cambierò atteggiamento, non le darò più consigli, non entrerà più nella sua vita, starò molto in silenzio... Il mio lavoro consisterà nello sforzo di capire qualcosa che sta dietro a quello che lei dice, cioè l'inconscio ed anche per lei sarà molto duro perché è frustrante e non dà soddisfazione immediata, ma lo scopo, la meta è migliore perché alla fine può avvenire un cambiamento profondo, non solo un miglioramento". Si parla molto, per diversi mesi è necessario rispiegare al paziente i motivi sottesi al cambiamento. E' difficile, ci vuole una grande stabilità e pazienza, perché il paziente a volte chiede: "Perché non mi spiega? Perché non mi aiuta?". Io allora rispondo: "Perché è meglio che trovi in se stesso una soluzione, per crescere, per diventare adulto e sentirsi più forte, etc.". Parlare, parlare, comporta molto lavoro, ma se sono casi adatti, casi che possono giovare dell'analisi e farla fruttare, che sono capaci di capire cosa proponiamo, si può avere un gran successo.

INT: Rappresenta una frustrazione per il paziente questo cambiamento di atteggiamento?

CREMERIUS: Sì, è molto frustrante.

INT: Quindi anche questo può essere un parametro attraverso il quale vedere come il paziente si organizza.

CREMERIUS Sì, questo è il lavoro, parlare molto, spiegare, e se non va allora ritirarsi dicendo: “Abbiamo fatto un tentativo, ma forse per lei...”

La maggioranza delle patologie per cui si ritiene adatta questa tecnica sono state chiamate isterie maligne o patologie antisociali. Il grande cambiamento nella tecnica è legato alla convinzione che non si ritiene importante, in questi casi, lavorare sull'infanzia al fine di individuare il trauma. Trenta, quarant'anni fa era dominante la convinzione che questi pazienti fossero vittime della “cattiva mamma” o di una esperienza traumatica. Oggi riteniamo che questa convinzione induca ad un approccio pericoloso, nel senso che il paziente capisce subito che questa è la porta per uscire, ed utilizza questo atteggiamento del terapeuta in funzione della resistenza: “Sa, io le ho già detto come mi ha trattato mio padre, che cosa vuole, non c'è niente da capire, io sono... vittima etc”. Oggi siamo interessati alla struttura di personalità, non alla genesis, e quindi lavoriamo o per “riparare” un Io che appare deficitario o per modificare la relazione dinamica tra Io e Super-io, interpretando le proiezioni e favorendo re-introiezioni che consentano l'evoluzione di istanze introiettate troppo precocemente, prima dello sviluppo dell'Io cognitivo. Questo è stato un grande cambiamento in relazione al trattamento di disturbi insorti precocemente.

INT: Il lavoro sui sogni come viene visto oggi? Perché anche questo è cambiato molto. Lei come lavora per quanto attiene all'interpretazione dei sogni?

CREMERIUS: Ci sono due metodi. Gli analisti che lavorano con quattro, cinque sedute settimanali possono utilizzare il metodo dell'interpretazione dei sogni descritto da Freud; metodo che richiede molte ore di lavoro per accedere ai contenuti inconsci, latenti del sogno; che richiede associazioni su associazioni per una, due, tre sedute prima di poter formulare un'interpretazione.

Considerato che oggi la maggioranza degli psicoterapeuti nel mondo lavora con due, tre ore al massimo, il sogno viene utilizzato in modo diverso. Si lavora con il “contenuto manifesto” del sogno. Il paziente racconta una storia e noi lavoriamo con la storia così com'è e chiediamo associazioni rispetto al contenuto manifesto. Freud voleva scoprire qualcosa che stava molto dietro, che stava sotto; un contenuto latente celato, la cui individuazione avrebbe rivelato dinamiche inconscie. Chi invece ha a disposizione un numero ridotto di sedute utilizza il sogno per vedere come il paziente elabora questo materiale, come l' Io lavora con questa favola. Oggi non crediamo più che il “contenuto manifesto” sia la via regia che conduce all'Inconscio come Freud sosteneva.

INT: Quindi sui contenuti manifesti del sogno si lavora per comprendere come questi contenuti vengono trattati dal paziente.

CREMERIUS: Sì, per vedere che cosa fa l'Io con questa storia; che cosa viene in mente al paziente, dove mette l'accento, su cosa concentra l'attenzione, che focus individua... Dopo avere osservato come si muove il paziente l'analista può fargli notare che si concentra molto su un determinato contenuto del sogno, mentre ad esempio ne ignora completamente un altro... E' un lavoro molto superficiale, si tratta il sogno come qualunque altro contenuto portato dal paziente in analisi. Possiamo comprendere molto bene il funzionamento psichico di un soggetto osservando il modo in cui l'Io utilizza il materiale prodotto dal suo inconscio e questo possiamo farlo nel corso di un'unica seduta.

Le tecniche utilizzate dalla psicoanalisi sono cambiate; la posizione della psicoanalisi è cambiata in tutto il mondo; è cambiata anche in America.

L'epoca in cui gli analisti potevano lavorare con quattro, cinque ore settimanali è finita; riducendo la frequenza delle sedute abbiamo dovuto modificare la tecnica di intervento, ma anche lavorando in questo modo è possibile comprendere molto.

INT: Prima Lei diceva che relativamente a psicoterapie con frequenza di due sedute settimanali, è importante spiegare molto ed avere anche un atteggiamento pedagogico per aiutare il paziente a comprendere il metodo. Rispetto ai sogni c'è qualcosa che è opportuno insegnare al paziente? Dobbiamo spiegare al paziente in che modo trattare i suoi sogni, in che modo arrivare ad utilizzarli per se ?

CREMERIUS: Sì, per esempio dicendo: “ Cerchiamo di capire ciò che può significare per lei” oppure: “Pensa che questo sogno abbia qualcosa a che fare con la sua relazione con me?”. Se si tratta di un sogno intriso di rabbia io dico: “Anche ieri mi ha raccontato un sogno pieno di rabbia... io la vedo sempre molto gentile, molto dolce, come mai nel sogno lei è invece così pieno di rabbia, di aggressività? Come mai nei suoi sogni lei si comporta in modo così diverso da come si comporta qui con me?. Può esserci una relazione tra il suo comportamento qui ed il sogno, nel senso che lei non si fida di quello che è? Per esempio mi ha raccontato molto spesso che a casa a volte picchia i bambini, urla con sua moglie; che una volta ha anche picchiato sua moglie, mentre qui e anche al lavoro non esprime alcuna aggressività...”.

Si cerca cioè di favorire l'emergere graduale della nevrosi di transfert; di spingere il paziente a chiedersi: ”Come mai nel sogno ho manifestazioni diverse rispetto a quelle che ho qui? Come mai i miei sogni sono privi di sessualità o pieni di... e sono scapolo nella vita?”

INT: Contraddizioni anche...

CREMERIUS: Sì, cose che non ci sono, le cose che ci sono e che non ci sono invece nella vita, che non sono presenti nel transfert e soprattutto il 'buco', ciò che il paziente non tocca; questo è il punto più importante; il punto che cerca di evitare.

INT: Quello che lei a volte chiama il “segreto del paziente”?

CREMERIUS: Sì. Questo forse è il cambiamento più radicale del dopoguerra. Ma ha a che fare con la riduzione del numero di sedute. Io ho cominciato a lavorare con cinque sedute settimanali e ho potuto lavorare con associazioni infinite, una, due, tre sedute, e finalmente emergeva qualcosa che si poteva interpretare; qualcosa di inconscio. Sappiamo di più ora dell'inconscio di quello che Freud aveva scoperto. Sappiamo che l'inconscio è anche nelle cose normali, quotidiane, evidenti; non è sempre estremamente nascosto. Il nostro lavoro si concentra sul 'buco'; sulla mancanza; su quello che è assente. Lacan per esempio ha in particolar modo posto l'accento su ciò che è assente. La mia tecnica, voi lo sapete, consiste nel lavorare con tutto quello che è presente nel “hic et nunc”: io lavoro con il silenzio come con le azioni del paziente, perché credo che non appena si entra in relazione con un altro, sia che si tratti di una relazione analitica che di una relazione amicale o sentimentale, si ha immediatamente a che fare con dinamiche inconsce, e quindi anche con tratti di patologia. Questa è stata una buona domanda: come trattiamo il sogno. Quello che ho descritto è il modo in generale utilizzato dagli analisti che non lavorano esclusivamente con quattro, cinque sedute settimanali.

INT: E' stato appena pubblicato in Italia un manuale: “ I sogni, cent'anni dopo”, curato da analisti della S.P.I. ...

CREMERIUS: Forse anche loro hanno già capito questo, loro lo capiscono sempre 50 anni dopo, questo è il problema delle Società psicoanalitiche, anche della Società internazionale: sono strumenti di potere, sono strutturate e funzionano come le chiese...

INT: ...Le scuole di psicoterapia...

Johannes Cremerius

2° Gruppo teorico – clinico Primo Giorno (26/10/2001)

CREMERIUS: Il primo intento di queste giornate di studio è di fare una introduzione sullo sviluppo di una tecnica specifica, adatta alla nevrosi e poi leggere insieme un brano del testo di Freud (Vie della terapia psicoanalitica) per trovare una base comune sulla quale discutere, perché in questo testo breve sono formulati in modo chiaro i vari concetti sulla tecnica. Si tratta del capitolo sulla tecnica attiva, anche se noi abbiamo bisogno di una tecnica specifica, adattata.

Successivamente proporrei di discutere il mio caso “Paula”, perché è il modello sul quale vorrei confrontarmi con voi. Dopo il caso “Paula” avrei scelto come modello di questo tipo di tecnica una terapia con un paziente masochista, infine, naturalmente, isteria e nevrosi ossessiva.

Diamoci del tempo. Io non voglio sempre parlare, vorrei sentire anche il vostro pensiero, mettermi in discussione con voi, così che ci capiamo meglio.

Freud ha già usato una tecnica specifica, adattata al tipo di nevrosi, ma lo ha fatto solo intuitivamente. Penso ad esempio al caso de “L’uomo dei lupi”, che è stato una nevrosi ossessivo - compulsiva. Vi ricordate la prima seduta? Ve lo riassumo brevemente: Lui era un avvocato di una famiglia molto ricca, che aveva 33 anni e la madre pagava la terapia. Freud *intuitivamente* capì che era un caso molto difficile con cui lavorare. Se ricordate, il paziente aveva l’idea compulsiva che i topi entrassero attraverso l’ano nell’intestino. Freud dopo qualche minuto disse: “Io ho già sentito tanto di lei, ed io so che lei sa di più della psicoanalisi che i miei allievi.” Con questa frase ha aperto questa analisi. Questo è grandioso perché il problema centrale con le persone ossessive e compulsive è quello di mettersi in contatto con loro perché sono chiusi, hanno difficoltà ad aprirsi. Con queste due frasi Freud ha creato un clima di accettazione, di vicinanza, di benessere, se si può dire di “ben ti voglio”(ride). Così il paziente ha potuto raccontare la sua storia, le esperienze per le quali si vergognava molto, tra cui l’essere andato nei “casotti” per fare l’amore con le prostitute, e molte altre ancora. L’analisi è andata molto bene ed è stata fatta in un anno e mezzo, in 300 sedute, ha lavorato con 5 sedute la settimana, diciamo 10-11 mesi all’anno, sono tra le 300 e 350 sedute. In un altro caso, un aspetto molto impressionante è come Freud abbia usato la tecnica attiva anche per manovrare la situazione con un paziente. E’ la storia di un caso presentatogli da un collega. Questo collega stava conducendo con una signora un’analisi che pareva bloccata e non avere aperture: tutto era molto freddo, faceva le libere associazioni, ma in modo molto controllato e diceva di non sentire niente, niente di transfert, niente di simpatia o antipatia per l’analista, etc.. Freud al collega diede il consiglio di intervenire attivamente con una manovra che consisteva nel chiedere ad una bella paziente di venire ad una certa ora in cui l’altra paziente era nella sala d’attesa, di salutarla molto gentilmente, invitandola ad entrare nella seduta per farla ingelosire. Ha avuto successo con questa azione e la paziente, quella problematica, è entrata nella seduta seguente con una fortissima gelosia... (ride) così l’analisi ha potuto aprirsi.

Un altro caso molto famoso, forse il più famoso che conosciamo di Freud è il caso della Doolittle.

Era una poetessa americana degli inizi del ’30 che scriveva soltanto lirica, poesie, non romanzi.

Veniva a Londra, Freud aveva sentito dire che aveva avuto un bambino che non poteva toccare e da cui non poteva lasciarsi toccare. Le era impossibile mettersi in un contatto fisico, corporeo, con questo bambino neonato. Freud sapendo che era una famosa scrittrice fece il contratto di cominciare

un'analisi in Gennaio, Febbraio e Freud le scrisse: "Io ho sentito che lei è di una costituzione tenera e sensibile..."

INT: Fragile, di costituzione debole...

CREMERIUS: "...debole, e perciò io le propongo di cominciare in Maggio, perché adesso a Vienna è inverno, c'è molta neve, freddo, etc.". Questa è un'enorme dichiarazione di simpatia! Nel frattempo continuarono a mantenere un contatto per corrispondenza e nell'ultima lettera, prima della prima seduta, per confermare la data le scrisse: "Io l'aspetto con le sue opere!". Così ha aperto le porte alla simpatia, all'adorazione. Infatti, Freud aveva sentito il punto (centrale della sua patologia): Lei era una donna narcisistica depressiva, con un Io un po' difettoso. Era la seconda figlia di un famoso professore di matematica in America, il primogenito era un ragazzo che seguiva le orme del padre ed era diventato famoso, mentre la Doolittle e la mamma erano le "stupide che facevano la cucina". Lei aveva sofferto enormemente per questa umiliazione, svalutazione. La Doolittle racconta queste storie nelle prime due tre settimane, sono all'inizio, lavorano anche con 5 sedute la settimana. In una di queste sedute iniziali, Freud si alza, prende un ramo di fiori e lo presenta alla Doolittle. La paziente comincia a piangere ed inizia a sciogliersi un po' questa struttura difensiva. Per mesi e mesi la Doolittle, che aveva tanta paura di aprirsi e di parlare, racconta, seduta dopo seduta, dei viaggi che aveva fatto per il mondo. In particolare dei viaggi in Grecia e lì Freud "entra" nel discorso, perché anche lui era stato in Grecia e per settimane parlano della cultura, delle sculture, etc.. Così, passano quasi 6-7-8 mesi, "chiacchierando" (ride) e in seguito fanno una buona analisi.

Altri autori che hanno sperimentato la tecnica attiva dopo Freud sono: Ferenczi, Khout, Kernberg. Ferenczi., ad esempio, ricordo che aveva preso le persone sulle ginocchia, abbracciato, accarezzato, si dice che abbia anche baciato "per lavorare" con loro. Il concetto era: "come posso lavorare con persone che hanno un Io debole, forse molto distrutto nella prima fase della loro vita, prima dei tre anni, tra il primo ed il secondo anno?" Freud, come sapete, fu molto risentito definendo quella di Ferenczi non psicoanalisi ma 'cura d'amore'. Oggi sappiamo che questa modalità avventurosa, molto coraggiosa, ha aperto la strada per le tecniche che in seguito utilizzò la Klein.

Il secondo autore, che ha utilizzato una tecnica adattata come sapete è stato Kohut con il paziente narcisista. Vi farò solo un breve accenno per dirvi che: "Il paziente narcisista crea quella situazione gemellare con l'analista, tale per cui è impossibile distanziarsi, ed il paziente vive in un mondo di fantasia con il suo analista, con un narcisismo gigantesco, che non si può toccare, perché altrimenti il paziente se ne va". Kohut ha fatto qualcosa di simile a quello che Freud ha fatto con la Doolittle. Per mesi ed anni non ha toccato il problema, ha lasciato andare con certe interpretazioni, ma non ha toccato il nucleo del narcisismo. La porta con cui si apre questo sistema è l'incominciare a sbagliare: l'analista dimentica le sedute, viene in ritardo e così il paziente si arrabbia e capisce che non c'è la situazione gemellare. E' una tecnica molto, molto sottile, ma si deve essere molto esperti nella tecnica classica, per ripetere e seguire questa strada.

Il terzo autore è Kernberg, con quei casi che lui chiama "borderline". Molto spesso io trovo che siano gravi isterie perniciose... ma lasciamo... Che sia borderline o isteria, per queste forme cattive, perniciose, la tecnica è adattata,

Sapete che lui fa soltanto due sedute, normalmente solo con 30 min. vis à vis, parla sulla situazione reale del paziente, della vita reale, del matrimonio, del lavoro, di ciò che il paziente fa, rimane molto sul livello oggettivo, reale e fa anche delle domande. Nella tecnica classica non si fanno quasi mai. Freud ha annotato per la prima volta nello stesso articolo del '19 che la terapia qualche volta deve essere anche pedagogia e deve anche consigliare.

Bene questa è l' introduzione per il nostro lavoro

Adesso propongo che leggiamo il testo (in italiano: S. Freud, vol.9, articolo del '18 'Vie della terapia psicoanalitica' pag 22, primo capoverso – opere Boringhieri).

Qualcuno lo può leggere e se qualcuno non capisce interrompiamo e proviamo a metterci d'accordo sul testo.

Testo Freud pag. 22 vol. 9: *“Mettiamoci subito d'accordo sul significato che dobbiamo dare a questa 'attività'. Abbiamo detto che il nostro compito terapeutico è definito da due contenuti: dobbiamo rendere cosciente il rimosso e dobbiamo scoprire le resistenze. Così facendo siamo abbastanza attivi, certamente. Ma dobbiamo lasciare che il malato cerchi da solo di liquidare le resistenze che gli abbiamo mostrato? Non possiamo dargli ancora un altro aiuto, a parte l'impulso che egli riceve dalla traslazione?”*.

CREMERIUS: Vedete, io ho fatto la mia prima analisi con un analista di questo tipo: sono andato alla seduta, lui ha detto:”buongiorno”, mi sono messo sul lettino e lui non parlava più, non ha fatto assolutamente niente. Ogni tanto interpretava gli impulsi, ma mai la resistenza. Era una tecnica totalmente passiva. Questo avveniva dopo la guerra, ma è la tecnica che è stata utilizzata in Germania fino al '33, perché lui era un allievo dell'Istituto di Berlino e questo Istituto è stato chiuso dopo il '33, cioè è diventato parte del fascismo nel '39, quindi la sua formazione era la formazione prima del '33, era lo stile con cui una corrente in Germania ha lavorato. Continuiamo.

Testo Freud: *“Non è invece evidente che dovremmo aiutarlo anche in un altro modo, trasponendolo in quella situazione psichica che è più favorevole all' auspicata risoluzione del conflitto? A ben vedere, i risultati che egli può ottenere dipendono anche da tutta una serie di circostanze esterne tra loro concatenate. Dovremmo esitare ad alterare questa costellazione esterna mediante un intervento appropriato? Ritengo che una siffatta attività dello psicoanalista sia ineccepibile e perfettamente legittima.”*

INT: Scusi, questo “le circostanze esterne”, possono essere quelle che lei ha citato prima riguardo il consiglio di Freud di fare ingelosire la paziente?

CREMERIUS: Sì, è l' essere attivi.

Testo Freud: *“Vi sarete resi conto che si schiude qui un nuovo campo per la tecnica analitica, la cui elaborazione richiederà grande sforzo ed impegno e darà luogo a prescrizioni ben precise. Oggi non cercherò di introdurre a questa nuova tecnica, che è ancora in fase di sviluppo, e mi accontenterò invece di enunciare un principio fondamentale che probabilmente diventerà dominante in questo campo. Questo principio si può formulare così:” Nella misura del possibile, la cura analitica deve essere effettuata in stato di privazione, astinenza”*.

CREMERIUS: Questa è la chiave. La traduzione è buona... è la Boringhieri?

INT. Sì, è C. Musatti il traduttore.

CREMERIUS: Ah, Musatti, che ha adorato Freud sino alla sua morte. Ho fatto visita nel suo appartamento a Milano, un genio, un signore ebreo del secolo passato, con una intelligenza grandiosa, con un comportamento tipico del vecchio signore.

Testo Freud: *“Per dimostrare la validità di questa affermazione - ammesso che tale dimostrazione sia possibile - occorrerebbe una discussione particolareggiata. In ogni modo per astinenza non si deve intendere la privazione di ogni soddisfazione (che sarebbe ovviamente irrealizzabile) e neanche ciò che il termine significa nel linguaggio popolare, vale a dire l'astensione dai rapporti*

sessuali, bensì qualcosa di diverso, che ha molto più a che fare con la dinamica della malattia e della guarigione.”

CREMERIUS: Qui facciamo una pausa. E' tutto chiaro fin qui? Veramente chiaro? Si parla di qualcosa che ha a che fare con la dinamica della malattia, con la dinamica, non con altro, avere in mente qualcosa di più generale, più centrale, è molto importante questa piccola cosa!

INT: Adesso mi ha fatto venire il dubbio di non aver capito... significa che ha a che fare con il progetto terapeutico?

CREMERIUS: Sì, sì, ha a che fare con la base, con il conflitto centrale, con la dinamica, non certe cose proibibili, come la sessualità o altro...

Testo Freud: *”Ricorderete che la causa della malattia del nevrotico è stata una frustrazione, che i suoi sintomi hanno la funzione di soddisfacimenti sostitutivi.”*

CREMERIUS: Questa è la base della sua teoria, nella situazione fra il quarto ed il sesto anno, quando il bambino non può seguire più la sua istintualità, gli impulsi, etc.,etc., anale, uretrale, genitale... perché entra nella società che blocca ed inibisce, etc. Qui è il nucleo della sua teoria, delle origini della patologia!

Testo Freud: *“Durante il trattamento si può osservare come ogni miglioramento delle sue condizioni rallenti il processo di guarigione e diminuisca la forza pulsionale che spinge verso di essa. Ma noi a questa forza pulsionale non possiamo rinunciare, una sua riduzione mette in pericolo il nostro scopo, il ristabilimento del malato. Quale conseguenza dobbiamo dunque trarre necessariamente da questo stato di cose? Per quanto crudele possa sembrare, è nostro dovere far sì che la sofferenza del malato, quantomeno ad un certo livello di intensità e di efficacia, non termini prematuramente. Se l'eliminazione e la svalutazione dei sintomi attenuano questa sofferenza, noi dobbiamo ripristinarla altrove, sotto forma di una privazione dolorosa; il rischio che corriamo altrimenti è di non ottenere mai più un miglioramento, se non modesto e transitorio.”*

CREMERIUS: E' molto importante questo per la teoria. Sotto l'aspetto della tecnica, noi facciamo un **lavoro attivo** contro la tendenza del paziente a guarire, se abbiamo l'impressione che questa tendenza abbia a che fare con il fuggire, lo scappare.

Il paziente ci dà l'impressione di stare meglio, ma al posto di essere felice della nostra terapia, Freud ci propone di elaborare questo “io sto meglio”, “io non ho più i sintomi”, di entrare ed analizzarlo come resistenza. Questo è molto importante perché differenzia psicoanalisi e psicoterapia. Lo psicoterapeuta non utilizza conseguentemente la tecnica dell'interpretazione della resistenza, prende le cose come il paziente riferisce, per esempio che è felice. Qualche volta è anche bene farlo, perché il paziente non ha il tempo di seguire o non ha la capacità o è troppo ammalato per cui non si può entrare a fondo nella sua patologia. Così gli psicoterapeuti possono avere un grande successo, perché attraverso il transfert, le 100 o 200 sedute fatte, il paziente “**ha mangiato**” abbastanza non dalla vera terapia, ma dal rapporto! C'è stato Uno (lo psicoterapeuta) che l'ha accettato una o due volte la settimana, è stato gentile, ha parlato, ha ascoltato, qualche volta ha detto qualcosa di simpatico o di comprensivo, e così il paziente va via sentendosi bene. Non è vero che è una terapia minore, è una forma di terapia differente. L'analista vuole arrivare al fondo e l'altro (psicoterapeuta) è contento se in questa terapia l'Io del paziente può crescere l'autosoddisfazione, etc.

Domande?

INT: No.

Testo Freud: *"Per quanto posso vedere, la guarigione è minacciata particolarmente da due lati. Da un lato il paziente, la cui condizione patologica è stata scossa dall'analisi, si sforza con la massima assiduità di procurarsi, al posto dei suoi sintomi, nuovi soddisfacenti sostitutivi, che non hanno però più il carattere della sofferenza. Egli si serve dell'enorme capacità di spostamento che è propria della libido parzialmente liberatasi, per investire libidicamente ed elevare al ruolo di soddisfacenti sostitutivi le più diverse attività, preferenze, abitudini, non esclude quelle che esistevano già prima. Egli trova continuamente nuovi espedienti atti a deviare e disperdere l'energia che sarebbe indispensabile per la cura e la guarigione, e per un certo periodo di tempo riesce anche a tenerli celati. Lo psicoanalista ha il compito di scoprire tutte queste diversioni e di esigere che il malato vi rinunci, per quanto innocente possa sembrare in se stessa l'attività che 6) porta al soddisfacimento. Ma il nevrotico parzialmente guarito può anche seguire vie meno innocue; per esempio, se è un uomo, può cercare prematuramente di legarsi con una donna. Detto per inciso, un matrimonio infelice e l'infermità fisica sono le forme in cui più frequentemente si risolve la nevrosi. Tali vie soddisfano in particolar modo il senso di colpa (bisogno di punizione), che è il motivo per cui molti malati si attaccano così tenacemente alla loro nevrosi. Un'infelice scelta coniugale è il mezzo di cui costoro si avvalgono per punirsi; una lunga malattia organica è vista come una punizione del destino, e accade sovente che coloro che ne sono colpiti rinuncino a mantenere in vita la propria nevrosi. In tutte queste situazioni l'attività del medico deve assumere la forma di un'energica opposizione contro i prematuri soddisfacenti sostitutivi. Al medico è comunque più facile contrastare il secondo pericolo, che però non va sottovalutato, da cui è minacciata la forza pulsionale dell'analisi. Il malato cerca un soddisfacimento sostitutivo innanzitutto nella cura medesima, nel rapporto di traslazione col medico, e può persino cercare di risarcirsi per questa via di tutte le rinunce che gli sono state imposte. Qualche concessione gli deve essere certamente fatta, maggiore o minore secondo la natura del caso e il carattere del soggetto. Ma non è bene concedergli troppo. Lo psicoanalista che per buon cuore e desiderio di soccorrere il malato gli fa dono di tutto ciò che un essere umano può sperare di ricevere da un altro, commette lo stesso errore economico di cui sono responsabili le nostre case di cura per malattie nervose, che ignorano i metodi psicoanalitici. Il loro unico scopo è di creare un'atmosfera quanto più gradevole possibile, affinché il malato vi si senta a suo agio e sia lieto di trovarvi un rifugio alle difficoltà dell'esistenza. Così esse rinunciano a dare al malato una maggiore forza per affrontare meglio la vita, e svolgere in maniera più adeguata quelli che sono i suoi veri compiti. Il trattamento analitico deve evitare tutti questi vizi. Per quanto concerne il rapporto del malato col medico, i desideri del primo devono restare in larga misura insoddisfatti. E' opportuno rifiutare al malato proprio quei soddisfacenti che egli desidera più intensamente e chiede con maggiore insistenza."*

CREMERIUS: In questa parte Freud dimostra le tecniche diverse adatte alla nevrosi, e questo è molto poco. Interessante è soltanto ciò che dice sulla fobia. Ciò che invece dice sulla fobia ossessiva io non lo capisco. Non ho mai sentito parlare un analista di aver usato questa tecnica, come è tradotto in italiano? Guardiamo più avanti quando si parla di un paziente con una patologia ossessiva. Dopo la parte sulla fobia.

Testo Freud: *"Un atteggiamento di attesa passiva appare ancor meno indicato in quei difficili casi di azioni ossessive che tendono in genere a un processo di guarigione 'asintotico' e a protrarre indefinitamente la durata del trattamento; l'analisi di queste nevrosi corre sempre il rischio di portare alla luce molte cose senza cambiare nulla. Mi pare abbastanza evidente che qui la giusta tecnica può consistere solo nell'attendere che la cura medesima abbia acquistato un carattere coattivo, per poi reprimere violentemente la coazione patologica, avvalendosi di questa contro coazione."*

CREMERIUS: Sì, questo non capisco, come si possa tradurre in tecnica questo.

INT: Le dico come l'ho capito io: l'ho associata ai suoi interventi sul Super-io, ma forse mi sono completamente sbagliata. Nel senso che quando la cura per il paziente diventa coattiva, perché è sempre puntuale, preciso, perfetto, si può intervenire interpretando quello che succede nella cura, interpretando il Super-io, interpretando questa perfezione in senso patologico... forse voleva dire tutt'altra cosa?

CREMERIUS: Secondo me nel '19 Freud segue Ferenczi. Fare una confusione della psicoanalisi significa... Freud usa la psicoanalisi così rigidamente, così come il paziente usa la propria nevrosi. Lui crea delle sedute in cui non parla, insiste soltanto sulla regola e non aiuta il paziente, non da interpretazione, finché il paziente esplose. Ma lasciamo questo, perché oggi è troppo problematico... ma la cosa con la fobia è... vogliamo sentire queste sei sette righe...?

Testo Freud: *“Ma già le fobie ci hanno costretti ad andare oltre i nostri limiti precedenti. Ben difficilmente si riesce a dominare una fobia, se si aspetta che il malato sia indotto dall'analisi ad abbandonarla. Egli non porterà mai nell'analisi il materiale che è indispensabile per una convincente risoluzione della fobia. Bisogna procedere in altro modo. Prendete l'esempio di un agorafobo; ci sono due forme di agorafobia, una più leggera e una più grave. Coloro che soffrono della prima forma provano si angoscia ogni qualvolta sono costretti ad andare per strada da soli, ma non per questo vi hanno rinunciato; gli altri si difendono dall'angoscia rinunciando a uscire da soli”.*

Testo Freud: *In questi ultimi casi si ha successo solo se si riesce a indurre i malati, con l'influenza dell'analisi, a comportarsi nuovamente come i fobici di primo grado, e cioè a uscire per strada e, durante questi tentativi, a lottare con l'angoscia. Si comincia dunque con l'attenuare la fobia fino a questo punto; e solo quando avrà raggiunto questo risultato voluto dal medico, il malato potrà produrre quelle associazioni e quei ricordi che consentiranno la risoluzione della fobia”.*

CREMERIUS: Questa è la tecnica che usano i comportamentisti, ma loro accompagnano i pazienti, vanno nelle strade, su una torre, fanno tutto questo, interpretano durante le azioni che fanno.

INT: Infatti mi aveva molto sorpreso, anche quando ne parla Eissler, quando lui cerca di teorizzare questo atteggiamento attivo dell'analista, definendoli parametri questi...

CREMERIUS: Kurt Eissler?

INT: Sì. E quello che mi aveva colpito è che sembravano proprio degli interventi comportamentisti, però non avevo capito la differenza.

CREMERIUS: Ah, non mi ricordo questo, mi può aiutare riguardo a quello che propone?

INT: Anche Eissler, quando parla di parametri fa questi esempi: dice al paziente cosa deve fare, da dei suggerimenti...

CREMERIUS: Non mi ricordo bene, ma sono in una fase della vecchiaia in cui si dimentica...
(ride)

INT: Come dice Freud qui, ed io avevo pensato che era molto simile alla tecnica comportamentista.

CREMERIUS: Sì, è proprio comportamentismo...

INT: Sì, però lei ha detto adesso che i comportamentisti accompagnano i pazienti e non avevo capito, non sapevo che ci fosse questa differenza.

INT: Cioè tra il prescrivere e il fare.

INT: No, non è questo. Il professore ha detto che Freud dice che ci sono due tipi di fobici: quelli che escono e lottano con angoscia, e quelli che evitano tutto, stando a casa.

CREMERIUS: Con il primo tipo si può fare l'analisi classica. Con il secondo tipo, quello che non esce più, bisogna comportarsi in modo da forzarlo a uscire, a confrontarsi con l'angoscia, entrando nella situazione. Ma lui non accompagna, i comportamentisti invece lo fanno insieme al paziente.

INT: Però anche i comportamentisti utilizzano tutti e due i modi, fanno anche senza accompagnare.

CREMERIUS: Sì? Tutti e due? E' problematico, il problema è, secondo me, come si può ritornare all'astinenza della psicoanalisi, dopo che l'analista è uscito dal patto con il paziente, che consiste in: "tutto soltanto nella parola e nell'interpretazione" Questo è un acting. Quando si fa questo con un'isteria diventa un acting, una trappola che si può trascinare per anni e anni e da cui non si può più uscire. Forse lo si può fare con una fobia più ossessiva, o con una fobia sullo sfondo di una depressione, forse... Io non ho mai fatto cose come queste, così radicali.

INT: Mi chiedevo: qui Freud parla dell'astinenza; astinenza, cioè l'evitare che il paziente sposti la libido su altre attività, invece questo è esattamente quello che fanno i comportamentisti, cercano la cura, facendo spostare la libido.

CREMERIUS: Sì. Lui non capisce che è una contraddizione con quello che ha detto prima riguardo al non curare, al non aiutare, al non uscire. E' molto problematico.

INT: Stava ancora cercando la strada...

CREMERIUS: Io mi sto domandando se sia il caso di cambiare un po' il programma: parlando prima del masochismo, perché in questo "*faccio un'attività*" molto molto forte, forse la più forte che utilizzo nelle diverse forme di patologia. Freud dice di rinunciare a certi desideri transferali verso il terapeuta. Questa è la teoria classica: il paziente trasferisce desideri e bisogni sul terapeuta. Nel caso del paziente masochista abbiamo questo problema: il suo desiderio impulsivo, istintuale è di soffrire, di stare male, questo è il suo bisogno. Stare male, soffrire, essere maltrattato. La cosa che non sopporta è di essere trattato bene. Se si è sposati con un masochista e si è carini con lui, lui diventa infelice e si difende. Allora è molto difficile vivere con una persona di questo tipo con l'armonia del dare e prendere. Il masochista vuole che l'altro lo maltratti, e lui cerca e interpreta tutto in questo modo. C'è un famoso esempio della moglie che ha fatto le compere e porta due camicie a suo marito... ma non mi viene il punto in cui si dimostra che lui è sempre scontento, nonostante tutto, di quello che fa la moglie, forse dice: "Io non ho bisogno di una camicia" e così distrugge l'intenzione della moglie.

Ma c'era un altro punto più preciso, ma non mi viene.

Dunque, che cosa si fa con questo paziente?

Pensiamo che cosa è l'analisi classica per lui: è un atto sadico. Il paziente viene, deve mettersi sul lettino, non vede l'analista, l'analista parla poco, non offre aiuto, non si preoccupa dei problemi quotidiani, il paziente può raccontare la storia del figlio, della madre, del padre, della moglie, l'analista non reagisce al materiale, la sua intenzione è solo di capire. Lavora su questa strada per

settimane, non reagisce a ciò che il paziente porta come problema e sofferenza. L'analista vuole capire il perché, il paziente deve pagare, deve limitarsi, e tutto quello che per il paziente comporta tante sofferenze. Noi lo prendiamo in analisi perché abbiamo capito che questo è il nostro metodo: come un chirurgo che in sala operatoria fa l'intervento a certe condizioni. Quando si va dal proprio analista bisogna sottomettersi a questo metodo, non c'è altra soluzione. Il povero masochista riceve questo con piacere, ed allora l'analisi è già perduta dalla prima seduta, perché da questo momento in poi il paziente viene con piacere per soddisfare un istinto molto profondo. E' chiaro il mio modello? Non so se lo sapete, ma la prognosi di lavoro con un paziente masochista è molto sfavorevole. Ho pensato per anni e anni cosa si potesse fare, finché un giorno ho capito quella forma di soddisfazione e come "fare l'incontro" con quel paziente. L'ho paragonato con la situazione fra l'uomo e la donna isterica. Lì seduta per seduta è come fare un incontro dove si soddisfa il bisogno del paziente all'infinito. Allora come uscire?

Io ho formulato un concetto: quando facciamo il contratto io sono molto, molto dolce. Se il paziente mi dice: "Non mi va bene il martedì", io gli dico: "ma come, io sono disponibile!". Lavoro sempre con dolcezza, se ha problemi con i soldi sono dolce, gli dico che mi può pagare alla fine del mese o due settimane più tardi o riduco un po' l'onorario o... o. Sono sempre dolce. Quando il paziente lotta con l'associazione io subito lo aiuto e sono molto impertinente utilizzando questa tecnica, molto impertinente. Se il paziente ha difficoltà con la regola fondamentale io gli dico: "Mah, lasciamo, non importa".

INT: E' molto permissivo...?

CREMERIUS: Permissivo, molto più che permissivo, io sono "attivamente" dolce, gentile. Lo scopo è interrompere la soddisfazione dell'istinto. Per esempio ho avuto una donna che veniva sempre con il mal di testa, e non me l'aveva mai detto mettendosi sul divano. Ma una volta durante la seduta mi ha detto: "Oh! oggi ho veramente un mal di testa forte!". Io mi sono alzato e ho detto: "Ma signora, interrompiamo, mi fa soffrire che lei stia sul divano con il mal di testa a fare la seduta. Forse è meglio che lei vada a casa, prenda qualcosa che la può aiutare". Lei ebbe una reazione drammatica: "No, no!" disse. Un'altra volta, in una situazione simile, io le ho detto: "Non posso portarle una medicina?", mi sono alzato, sono andato nell'armadio dove avevo le medicine, sono tornato con un bicchiere d'acqua... ma ancora una rivoluzione contro di me!

Bisogna cercare tecniche e modi per frustrare il paziente, frustrare quella tendenza. Ed io lo faccio con tanta impertinenza, fino a quando un giorno, dopo una lunga fase di terapia, il paziente comincia a soffrire di ciò che faccio. Si arriva così al conflitto primario, quello che il paziente ha avuto prima d'aver scoperto il masochismo. Una volta nella sua vita il paziente ha sentito un conflitto qualsiasi, normale, tra istinto e soddisfazione, ed ha imparato a risolvere il conflitto attraverso il 10) masochismo che, è anche una forma di fuga, di ritiro dal contatto umano. Ciò che io faccio è di restaurare, di ricostruire il conflitto. Io sono l'altra parte dolce, la mamma buona con la quale lui o lei ha sviluppato quella forma di difesa. Con questa donna ha funzionato il metodo, lei un giorno ha cominciato a piangere, ed ha detto "Io non sopporto il suo modo di trattarmi". E io le ho detto: "Ma come è strano, io faccio di tutto per essere un buon terapeuta, sono gentile, penso, faccio, etc...". e lei ha detto: "Sì, e questo mi fa tanto male!". Così ho potuto dimostrare il conflitto ed il nucleo della sua malattia. Da quel momento in poi abbiamo lavorato sul masochismo come un metodo di difesa contro la felicità, la contentezza, contro l'amore, contro la soddisfazione anche sessuale. La paziente era sposata. Lei si sentiva sempre male quando il marito introduceva il pene, perché la sua vagina asciutta, ma lei non glielo aveva detto, non gli aveva chiesto di aver bisogno di preliminari, ha sofferto, qualche volta pure sanguinato. Lei da tutto ciò ha capito che questa era una forma per non entrare in una vera relazione emotiva con suo marito.

Io non so se funziona sempre, forse è stato un caso, forse non è così grave come masochismo o forse io avevo una 'mano speciale' in questo caso. Mi era molto simpatica questa donna, già dalla

prima intervista. Ma questa credo sia l'unica forma di nevrosi che non è analizzabile, perché il metodo stesso è contro la cura e perciò gli psicoterapeuti e i comportamentisti hanno più successo con loro, perché loro 'fanno', ma forse se uno è creativo fa la stessa cosa che ho fatto io.

INT: Gli interventi paradossali...

CREMERIUS: Sì, per esempio.

INT: Io vorrei fare una domanda sul paziente masochista. Nei primi colloqui, quando chiede che cosa deve fare nella terapia, cioè il paziente le chiede sostanzialmente il metodo. Come glielo pone, perché è molto difficile anche questo, cioè dice normalmente come con un altro paziente "Lei si sdrai, ascolti quello che le viene in mente". Glielo dice o...?

CREMERIUS: Dunque... normalmente il masochismo non si vede subito perché non lo racconta, perché fa già parte del sistema il non dire che è masochista. Offrono una facciata che sembra normale, parlano di dolori o ci fanno pensare in una direzione completamente sbagliata. Così viene loro offerta la tecnica classica.

INT: Più per sintomi fisici...

CREMERIUS: Sì, di conseguenza io offro sempre la tecnica classica, perché è più comodo per me e credo che la situazione senza vis à vis è meglio per il lavoro sul mondo interno. Con il vis à vis il paziente guarda e pensa: "Che cosa pensa il mio analista?" studia la faccia, la mimica, pensa a come noi reagiamo, alle cose che dice e che fa. Io credo che una delle idee grandiose di Freud è stata quella di inventare il muro bianco davanti al paziente, senza quadri, senza niente, per stimolare la regola fondamentale, il lavoro sul mondo interno e non reagire sul mondo reale.

CREMERIUS: Ora io ho sul programma avrei il caso Paula. E' un lavoro difficile, pesante. Prendete il testo così possiamo...

INT: Ci sarebbero tante domande su quanto è stato detto. Ad esempio su questo "uscire" dalla regola fondamentale, dalla tecnica classica, e adattarsi a quella che è la dinamica del paziente, proprio per aiutarlo in questo modo. Questo è molto interessante. Perché quando si pensa a Freud, almeno io penso alla tecnica fondamentale, e non avendolo letto tutto approfonditamente, perdo di vista il fatto che lui è stato molto più in contatto con il paziente, quindi molto più moderno di quello che normalmente si pensi, questo è molto, molto interessante.

CREMERIUS: Sì, io ho scritto un articolo "Guardando Freud al di sopra delle sue spalle", in cui ho dimostrato le tante cose che lui ha fatto contro la teoria freudiana. Enorme, è fantastico, è quasi una contraddizione.

INT: Anche nell'uomo dei topi è in contraddizione...

CREMERIUS: Lì però aveva già uno scopo, anche se solo intuitivamente. Mentre nelle cose che fa con gli altri non si vede chiaramente lo scopo: lui manda delle cartoline per le ferie, oppure parla con un paziente sulla stupidità di un certo terapeuta, che è impotente, che non sa niente; ed ancora racconta una storia di un altro paziente ad un paziente che conosce, rompendo il vincolo al segreto. Freud ha fatto delle cose tremende, ma gli sbagli, come spesso succede, sono qualcosa per trovare qualcosa di nuovo.

Gli americani, che hanno studiato questo, hanno capito che la tecnica classica non è sempre realizzabile. Nell'articolo di Eissler, sul "*Parametro*", vi è stata la prima reazione alle idee espresse nella teoria classica, formulando il concetto di Parametro come qualcosa che noi introduciamo nella relazione analitica. La scoperta del parametro ha introdotto poi il successivo libro di Stone sulla situazione analitica.

Gli analisti ebrei tedeschi che sono emigrati in America erano ai livelli di conoscenze teorico tecniche prima del '33, come già detto, e loro hanno tentato di esportare la tecnica di Freud, che hanno appreso negli Istituti di Berlino. Inoltre è di notevole importanza è considerare il rapporto che ha a che fare con il carattere dell'ebreo e del tedesco. Tutti e due hanno lo stesso problema (ride): il perfezionismo, il principio, un dio, e questo dio è perfetto, la religione, la filosofia, l'arte. Si ricordi che gli ebrei non possono rappresentare figure nelle chiese, solo oggetti ornamentali, quindi un mondo un po' senza 'pancia', senza 'cuore', tutto in testa, logico, illuministico. Così fra queste centinaia di analisti europei che sono andati in America e che hanno portato questo radicalismo, ce n'è stato soltanto uno che non era ebreo. Kurt Eissler è stato il primo che ha scoperto una nuova "funzione" ma dato che lui è stato amico e ha adorato Freud, non ha potuto fare una rivoluzione ed ha introdotto il concetto di parametro. Altri invece, soprattutto Stone, hanno detto di non poter essere più così radicali. Stone ha presentato ad un istituto di New York un caso di un paziente che dice nella seduta che il giorno dopo sarebbe andato in un ospedale per farsi fare un'operazione al sistema... . E Stone ha raccontato la seduta cioè di aver detto al paziente "auguri per l'intervento, tante buone cose per...". Tutto l'Istituto ha protestato perché questo era fuori dall'astinenza. Ciò che ha vissuto lo ha portato poi a scrivere questo libro in cui dimostra che, senza eliminare l'astinenza, bisogna usare questi interventi adeguatamente, al momento opportuno, in modo umano. Questa è stata una grande rivoluzione in America, ma disgraziatamente l'elemento tedesco ebreo è stato più forte. Vi è stato un riflusso in Europa dopo il '50. Quando io ho lasciato la Germania nel '70 per fare una seconda formazione in Svizzera, sono scappato perché qui per me era impossibile lavorare con questa 12)ortodossia. Ho scelto un analista conosciuto, perché era sulla strada moderna, un'analisi sviluppata, ed io ho sentito un analista che era congruente nella tecnica (con astinenza, il non parlare di se stessi, un classico setting) ma umano. Mi sono sentito sempre contenuto.

Johannes Cremerius

Il caso di Paula (Cap.3° del libro “Il futuro della psicoanalisi”)

CREMERIUS: Inizio, tralasciando l'introduzione teorica, la critica al discorso di Freud, e affronterei subito la terapia.

INT: pag. 62 primo capoverso “*Per non fallire nella fase iniziale...*”.

CREMERIUS: La tecnica che uso in questo caso ha una premessa. Devo capire fin dalle prime interviste con il paziente quale sia il conflitto di base, perché il mio lavoro specifico mira ad affrontare questo conflitto. Quale è il conflitto specifico di Paula? Vorrei sentire la vostra impressione perché la tecnica è basata su questo oggetto. C'è una relazione tra la tecnica e quello che intendo, quindi per spiegare ciò che intendo dovete sapere quale è il mio oggetto di terapia. La tecnica attiva inizia sempre con la chiarificazione di qualche elemento relativo al conflitto di base o al punto centrale del carattere del paziente. Non inizia con: “Lei è molto ostile”. Si inizia, si fa l'analisi senza chiarire il punto specifico.

INT: Il focus.

CREMERIUS: Sì, tanti terapeuti prendono in cura il paziente, il paziente racconta qualcosa dei suoi disturbi o dei suoi problemi di vita e via si inizia. La mia tecnica attiva consiste nel tentare di capire, il più presto possibile, la specificità della patologia. Così qualche volta io, già nella prima intervista, riesco a decidere di non prendere in terapia il paziente. Una paziente, ad esempio, mi ha mostrato già nel primo incontro il suo conflitto.

Una donna mi telefonò per mesi e mesi per ottenere una prima seduta. Non mi era possibile, non ricordo ora come mai, ma non potevo veramente. Finalmente mi liberai un'ora e quando lei mi chiamò di nuovo le dissi che poteva venire ad un appuntamento. Arrivò con un quarto d'ora di ritardo, in tenuta da tennis, con una pallina in tasca, si sedette e iniziò: “Ah la partita, è durata un po' più a lungo ed è per questo che sono arrivata in ritardo”. Si parlò un po' e tutto era piatto, vuoto, senza urgenza. Le chiesi: “Come mai non ho l'impressione che fosse tanto urgente? Lei mi ha telefonato, io quasi mi sentivo in colpa per non poterle dare un'ora...”. Dopo 45 minuti le ho fatto notare che era finito il tempo, lei si è alzata, una donna grossa, più alta di me: ferma davanti a me, mi ha guardato e ha esclamato: “Ma lei è molto più piccolo di me!”. Quindi l'indicazione per me era chiara, era una donna che mi voleva “castrare” in questo modo così “naif”. Era nella sua natura, io però non riuscivo a sopportarla.

INT: E come le ha detto che non l'avrebbe presa in terapia?

CREMERIUS: Le ho scritto una lettera. Le ho scritto che pensavo che il rapporto tra di noi non fosse positivo, che avevo notato una “*contradictio*” tra le telefonate urgenti e la seduta che mi aveva dato l'impressione che non ci fosse urgenza, che c'era qualcosa che non capivo ed era meglio che lei andasse da un altro terapeuta, con un'altra tecnica, perché io non sapevo che cosa avrei potuto fare con lei. Non le ho detto della mia ferita! Questo è un esempio di un paziente che inizia con un agito; questa è una mia convinzione e forse può essere utile per tutti voi... Non bisogna fare come Gesù Cristo! Io capisco che se uno ha soltanto due pazienti ed ha bisogno di un po' di soldi, allora “mangia il rospo”. Se vi è possibile non fatelo. Ho visto che c'è questo problema a Milano. Ricordo un giovane collega che aveva in terapia solo uno o due pazienti e un terzo che veniva una volta al mese, non guadagnava abbastanza soldi, allora “mangiava il rospo”, un rospo dopo l'altro, non c'era niente da fare.

Vi volevo dire che, se è possibile, è meglio “non mangiare rospi”, non identificarsi con Gesù Cristo che ha preso la croce sulle spalle. Noi abbiamo una professione, con questa cerchiamo di nutrire la famiglia, avere una bella macchina ed ogni tanto andare in Italia... (ride).

Il punto cardine per me è trovare il conflitto centrale, la situazione, il punto in cui si nasconde la nevrosi. Come avete letto in questa situazione era molto semplice vedere che Paula rappresentava un caso tipico di isteria fallica, aveva l'idea di distruggere il maschio che le voleva far male, che le era nemico, per cui doveva difendersi da questa mascolinità con attacchi. Difendersi era importante. Dalla teoria sappiamo che questo attaccare, essere aggressivi, è un meccanismo di difesa contro la paura di essere svalutata, di essere maltrattata e contro il sentimento di essere debole, inferiore, piccola. Nella teoria freudiana la donna è un essere inferiore perché le manca qualcosa, ha un difetto: la mancanza del pene. Così ho iniziato la prima seduta... se vogliamo leggere...

Testo di Cremerius: *“Per non fallire nella fase iniziale con la mia paziente - che chiamerò Paula - davanti alla formazione reattiva sadica, pensai a come sarei potuto uscire dalla situazione ripetitiva che l'analisi deve simboleggiare per questa struttura psichica”*.

CREMERIUS: E' chiaro? Non volevo che lei facesse il suo gioco con me, in questo gioco perdiamo perché dobbiamo attaccare quella che all'inizio era una parte dell'esistenza sana. Quegli attacchi, nell'infanzia, erano un impulso ad aggredire per andare avanti e prendere in mano il mondo, era attività, vitalità, piacere, come se lei avesse detto: “Io posso andare avanti”. Il pericolo con la “donna fallica”, che è un caso difficile, è che svaluti l'analista, ed è facile che questi si senta attaccato e svalutato e reagisca. In questa situazione succede che il terapeuta, in quanto uomo, reagisca, attacchi o si difenda, per cui l'analisi è possibile soltanto attingendo e facendosi aiutare dalla teoria della tecnica. Se si hanno delle reazioni, per la donna, per la paziente femmina è una castrazione, una svalutazione, come se si affermasse: “Tu sei soltanto una donna stupida”. In questo modo si contrasta la forza di cui inconsciamente dispone e la paziente non capisce. La paziente razionalmente è come se dicesse: “Io mi difendo, tu non puoi fare con me l'analisi sul lettino, io sono sana, sto bene, non ho bisogno del tuo aiuto, della terapia”. Se in un momento in cui la paziente si mangiava le unghie fino a far uscire il sangue io avessi detto: “Vede, signora, ho l'impressione che lei abbia bisogno di aiuto”, sarebbe stato uno sbaglio terribile, perché quel comportamento era soltanto una provocazione. Non era una “onicofagia”, lei si comportava così per provocare la reazione che spesso ha il medico o l'analista.

Il caso di Paula è un po' astratto, organizzato per l'insegnamento, ma nel complesso è il racconto di un'analisi effettiva. L'ho scelto per il nostro lavoro perché mette a fuoco l'importanza della teoria ancor prima di entrare nell'analisi. Qualche volta non si riesce subito a individuare questo punto specifico ed allora nelle prime sedute si ascolta la biografia, anche se sostanzialmente non ci interessa, ognuno ha una sua biografia, tutte le biografie sono patologie, la mia, quella della paziente, la vostra.

La biografia normale è un mito del cristianesimo, della cultura europea, del Super Io. E' l'idea d'aver avuto una buona infanzia, una buona mamma, i poveri sono gli asociali, i criminali, i pazienti psichiatrici, mentre tutti noi siamo i normali. Se si fa una ricerca, come ho fatto io, non si riesce a trovare una famiglia senza un caso psichiatrico, un caso di suicidio, senza qualcuno che abbia commesso un crimine, più o meno grave, un divorzio... questa è la vita normale. E' molto difficile invece trovare il punto patologico specifico. Quindi per questa tecnica attiva è importante tralasciare tutto ciò che certe scuole insegnano. La biografia non è mai la biografia, è sempre il romanzo che il paziente ricorda e ci racconta della sua vita, ma non è mai una biografia. E' la costruzione, che ha effettuato durante la sua vita, per darsi un'immagine di sé che sia sopportabile, con la quale possa convivere, che non lo faccia vergognare e non gli procuri sentimenti di colpa. E' qualcosa di fittizio che non vale la pena di ascoltare.

Freud aveva capito questo: “E’ più importante ascoltare con il terzo orecchio lo sviluppo del transfert”. Perché l’unica cosa vera è la ripetizione della biografia, della nevrosi, della struttura, è nel modo di raccontare il suo romanzo, nel come viene rielaborata la ripetizione.

Paula mi ha permesso di entrare facilmente nel suo problema, ma ci sono pazienti ossessivi, che sono molto “protetti e chiusi”; ci sono tipi di depressi che fingono di stare abbastanza bene, ma nel profondo possono soffrire di una depressione grave.

Io sono contrario alle interviste “vis à vis”, perché nuocciono al transfert, un transfert che non possiamo interpretare, perché è un transfert agito. Quindi comincio a fare ipotesi diagnostiche e mi metto alla ricerca del nucleo patologico, col paziente già sul lettino, subito dopo il contratto.

Qualche volta, come con la paziente che giocava a tennis, o quando ho dubbi o quando sento che un dato paziente tocca il centro della mia nevrosi, non faccio il contratto. Io allora non “mangio il rospo” perché è un lavoro tremendo, se il paziente riattiva la mia biografia, la mia miseria, la mia nevrosi e tutte le mie sofferenze, questo non si può sopportare per tre, quattro anni, tre, quattro volte la settimana. Non è possibile, sarebbe chiedersi troppo. Perché fare un lavoro così doloroso? Io non prendo pazienti quando sento che è troppo pesante per me. Un’analisi che va bene comporta già troppa sofferenza, è già abbastanza dura, con le fasi della resistenza. Sapete perché ho smesso con l’analisi all’età di 75 anni? Perché non ho più avuto la forza di seguire la miseria e per contro ho capito che cosa sono riuscito a fare nella mia età giovanile e forte. Ho potuto sopravvivere, ascoltare e avere qualche risultato positivo.

Sui 70 anni, tornando a casa una sera ho confidato ad Annamaria: “Io sono così stanco adesso che non posso più ascoltare e sentire”. Era necessario che tenessi anche in conto la mia situazione. Quando ho lasciato l’università a 68 anni la gente ha detto:” Adesso Cremerius è libero, andiamo in analisi da lui.”. Sono venuti in tanti dall’Italia, dalla Francia, dall’ Alsazia, dalla Svizzera, ma tutti non analizzabili, casi che avevano due o tre analisi alle spalle. Ho pensato che alla mia età avevo tanta esperienza da poterlo fare ed ho tentato in modo scientifico, ho parlato con i colleghi ed ho creato un piccolo gruppo di discussione su questi casi non analizzabili. L’ho fatto per 3-4 anni, poi ho smesso.

Alla fine, alla metà dei miei 70 anni, non ho più potuto ascoltare le miserie della vita reale; tanti avevano una biografia estremamente patologica. Ho sentito il nostro mestiere pesante, prima non mi accadeva, anche perché avevo sempre l’atteggiamento dello scienziato che mi proteggeva un po’. Ho approfondito non solo l’aspetto del paziente, ma anche l’aspetto della ricerca. Mi sono protetto un po’ dalla miseria di storie che a volte sono anche molto pesanti. Fare l’analisi con tanti tipi di patologia, anche con la depressione, con tutti gli ostacoli che questi pazienti depressi pongono nella clinica e per cui si rendono insopportabili per la crudeltà che usano contro di noi, è un’esperienza stremante.

Mi ricordo una paziente depressa, una collega, che ogni settimana, il venerdì sera, l’ultima seduta, dichiarava: “Mi suicido”. Questi casi si possono trattare soltanto con una tecnica, altrimenti vengono persi; se comincio a pensare a come lo posso aiutare l’analisi è già perduta. Per aiutare in maniera diretta intendo, ad esempio, dire alla paziente- collega: “Allora facciamo ancora un’altra seduta adesso o domani mattina, sono disponibile anche di domenica...”. E’ privo di senso, perché soddisfa il suo desiderio di distruggermi, perché nella depressione la paziente vuole distruggere non solo se stessa, ma anche l’altro.

Parleremo dopo o domani della terapia con il paziente ossessivo- compulsivo. Anche questo paziente può mostrare con le sue azioni ossessive un’enorme crudeltà, volta per volta, il paziente racconta soltanto che ha dovuto lavarsi dieci volte, ha dovuto cambiare il vestito... c’è da morire, e l’unico aiuto per noi è la teoria. Questo è ciò che voglio dimostrare col caso di Paula, un caso di isteria e di compulsione.

Siamo arrivati al punto in cui abbiamo visto come Paula comincia la terapia e come io mi sottraggo alla situazione. Voi avete già letto forse la mia risposta.

Lei entrava, guardava i quadri e diceva che non erano molto belli, io riuscivo a non rispondere alla provocazione e ammettevo che non piacevano molto neppure a me, ma questo l'avevo detto inconsciamente. Ho capito dopo il significato di ciò che avevo dichiarato. Le mie parole erano state: "Li ho messi per conoscere il pittore, vivere con i suoi quadri". Non ho capito subito cosa avevo detto alla paziente, l'ho capito dopo, quando ho messo per scritto il caso: era una dichiarazione molto positiva. Noi cominciamo l'analisi, non sappiamo ancora cosa avverrà, comincia un processo di conoscenza reciproca, di abitudine all'altro ed alla fine è quasi di amore. Qualche volta l'inconscio ci aiuta.

Paula si accende una sigaretta e racconta che lavora in una clinica...

INT: Non ho capito una cosa. Quando fa il contratto la paziente le dice che non vuole sdraiarsi sul lettino e neanche venire quattro volte la settimana. E lei risponde che poteva organizzarsi come voleva, l'unica cosa importante era che si sentisse a suo agio e che potesse raggiungere ciò di cui aveva bisogno. Cosa è successo poi, come è stato fatto il contratto?

CREMERIUS: Poteva fare tutto quello che voleva. E' andata così: la volta successiva lei si è seduta sulla sedia, ha acceso una sigaretta, ha fumato per tutta la seduta e io non le ho fissato altri appuntamenti, le ho detto: "Lei mi telefoni, potrei martedì, ma se non le va bene, dica lei" ...intoccabile! Lei è venuta e dopo un po' di tempo ha capito che era troppo difficile per lei e per me, e allora abbiamo concordato per due volte alla settimana.

Ma alla fine lei è venuta solo un giorno la settimana, ma lo vedremo dopo.

La mia reazione era "Tu non puoi provocarmi, io faccio il medico e la cosa importante per l'analisi è che tu ti senta bene". La sua reazione nella seduta successiva fu che lei iniziò a raccontare della clinica: "Io non faccio una formazione analitica, non faccio la didatta, sono contro la scuola di psicoanalisi in Germania, perché è repressiva". Concorde della realtà di cui parla, perché anche per me è repressiva, le dico che posso capire questa critica e che sono disposto a fare l'analisi come lei la vuole e lei dichiara: "Non andrò mai sul lettino e non farò mai quattro sedute". Io le ripeto che può fare come vuole e lei è proprio perplessa, non trova le parole, si alza e se ne va via.

Testo Cremerius: *"La seduta dopo arriva con dieci minuti di ritardo. Senza offrire chiarimenti al riguardo si siede, si accende di nuovo una sigaretta e mi guarda con aria di sfida. Chiedo se aveva avuto difficoltà ad arrivare."*

CREMERIUS: Io chiedo se ha avuto difficoltà ad arrivare, non chiedo perché è in ritardo, io offro già un appiglio, una scusa.

Testo Cremerius: *"E lei brusca: "Che razza di domanda. Le dà fastidio se non sono puntuale?". Le spiego che l'avevo chiesto perché sapevo che doveva percorrere una strada in cui c'era molto traffico a quell'ora. Di nuovo resta sconcertata e domanda se questa gentilezza era uno dei miei trucchetti analitici. Dopo che ebbi messo in chiaro che intendevo dire quel che avevo detto, comincia a raccontare di sé, senza più commenti. Mi comunica in maniera concisa e formale qualcosa della sua biografia, raccontando che ha 28 anni ed è sposata da due. Il matrimonio è senza figli perché lei non vuole bambini. Non vuole rinunciare alla professione. Sul marito non dà alcuna informazione. Si alza ancora prima della fine della seduta ed esce dicendo: "Che grande stupidaggine. Perché vengo a raccontare queste cose proprio a lei?" In una seduta di qualche settimana dopo sta lì seduta e tace. Poi mi apostrofa dicendo che devo fare qualcosa, che cosa sto aspettando, forse una di quelle stupide libere associazioni? Non devo dimenticare, mi dice, che lei non è una paziente. Cala un silenzio altamente aggressivo. Paula conclude la seduta prima del tempo."*

CREMERIUS: Dopo soli venti minuti.

Testo Cremerius: *“Seguono sedute nelle quali cerca in vari modi di coinvolgermi in discussioni. Disdice le sedute subito prima, richiede prolungamenti, sostituzioni etc. In una seduta tace improvvisamente e mi dice di sospettare che io pianifichi in segreto di fare con lei un’analisi di trattamento. Ma lei non ci sta. Non ha bisogno di alcuna terapia. Mentre lo dice si mangia le unghie così in profondità da farle sanguinare. Perché io possa rendermi conto dell’accaduto si tampona ostentatamente il sangue con un fazzoletto. Guardandomi con aria di sfida mi dice beffardamente : “Adesso lei penserà che sono molto disturbata con le mie unghie mangiate, che ho davvero bisogno di una terapia”... Ma io le dico che si sbaglia. “Allora se io ho bisogno di una terapia ne ha bisogno anche la maggior parte degli analisti. L’analista didatta di uno dei miei colleghi è schifosamente grasso, mangia continuamente e non riesce a controllarsi. Non è cinico che voglia fare la terapia ad un altro?”*

CREMERIUS: Quando dico che sbaglia non dico una bugia, dico quello che sento, quello che vorrei, , quando le dico :“ Sì, qualche volta è difficile venire qui, in un modo che sia proficuo” non mento, e anche quello che dirò in seguito non è una bugia.

Testo Cremerius: *“Io sono dell’idea che nella vita della maggior parte degli uomini esistano crisi nelle quali il sintomo potrebbe essere utile e diminuire la tensione interna: sono crisi umane e non patologiche.”*

CREMERIUS: Questo è qualcosa di cui sono convinto, perché quando ho fatto il medico in medicina psicosomatica ho capito che una malattia corporea può essere un grande aiuto nel processo nevrotico, a volte è una strada migliore di un’altra.

Testo Cremerius: *“Lei risponde piangendo sommessamente. Poi di nuovo con impeto - Mio marito è un grosso maiale che mi rovina la vita - (Pausa) - Ma che cosa le importa? Questi sono fatti miei .”*

CREMERIUS: Lei non reagisce sulla mia offerta di comprensione, di pace...

Testo Cremerius: *“Poi di nuovo aggressiva e strafottente: - Adesso lei si sente superiore perché mi ha visto piangere, ma io non mi faccio mettere sotto da lei. Si alza e se ne va”.*

CREMERIUS: Così io non posso reagire, è molto svelta, si alza ed ha già la mano sulla porta.

INT: E lei commenta questa uscita prima del tempo la volta dopo, la riprende oppure lascia...

CREMERIUS: No, no non la riprendo.

Testo Cremerius: *“In una seduta serale mi accendo una pipa, beccandomi subito un commento sarcastico: “Ah, ecco Superman con la pipa! L’insieme è perfetto: professore universitario, guida la Mercedes, villa in campagna. Si può stare seduti tranquilli ad aspettare quello che fa l’altro e dare le proprie interpretazioni”. Nella seduta successiva mi dice che sono un tipo “macho”. Ma lei non si fa ingannare dalle apparenze. Sotto si nasconde sempre un uomo di paglia.”*

CREMERIUS: Un uomo impotente.

Testo Cremerius: *“Sicuramente lei è uno, mi dice, che usa il suo titolo di professore per provare a se stesso che è qualcuno”. Poiché nelle ultime settimane avevo avuto alcune volte l’opportunità di*

eseguire la seconda mossa, quella dell'interpretazione del conflitto di base, ed avevo inoltre sempre più l'impressione che le sue provocazioni stessero perdendo di vigore, mi decisi a chiamare la sua litigiosità col suo nome".

CREMERIUS: La seconda parte di teoria riguarda la "cattiva" aggressività con la quale lei distrugge se stessa, la sua vita in comune, il suo lavoro nella clinica, mentre in fondo a questa aggressività c'è qualcosa di sano.

Testo Cremerius: *"Lei negò che si divertisse ad attaccarmi ed a provocarmi, ma ammise che dopo, quando era sola, si chiedeva che cosa significasse tutto ciò. Disse anche che diventava molto triste quando non riusciva ad arrivare, durante le sedute, esattamente dove voleva".*

CREMERIUS: E qui è già una crisi. Lei capisce che non ha quel godimento che io le offro. Siamo ad un livello più basso, lei capisce che il problema è che non può godere della sua parte sana, perché subentrano i sentimenti di colpa.

Testo Cremerius: *"Rispondo che questo è proprio il senso del suo comportamento, litigare con qualcuno per non giungere a se stessa. Lei conferma e presenta esempi della sua vita. Per la prima volta la seduta termina con un'atmosfera amichevole. Le settimane seguenti, nelle quali si sforza di non litigare, sono caratterizzate da un disturbo di base di tipo depressivo."*

CREMERIUS: Questo è tipico delle isterie in generale; se la cosa non funziona, o si cade in una malattia psicosomatica, o in uno stato depressivo. La depressione è una soluzione migliore perché è più facile da analizzare rispetto ad un'ulcera o ad un attacco di cuore.

Testo Cremerius: *"Spesso dice che la vita non la diverte, si lagna di non avere amici, dice che il suo matrimonio in pratica è già naufragato e che il lavoro prevalentemente diagnostico in clinica non le piace. Esprime il desiderio di un'analisi regolare, vuole più ore alla settimana e parla di voler andare sul lettino"*.

CREMERIUS: Ecco, ricorda Freud. Adesso la paziente fa un movimento per "fare la brava", mi offre una possibilità di aiutarla a diventare sana e a trovare una strada che possa farla vivere meglio. Se si è analisti giovani ed inesperti si può essere molto felici (ah l'identificazione con l'analista!) e si scambia l'identificazione con il transfert. Ma qui è un problema diverso. Come analista lei non può vivere la sua enorme vitalità, è una donna che ha forza. Non si può fare l'analista quando si è una bomba di vitalità, ci vuole un modo più riflessivo, introspettivo, meditativo, si deve poter stare sei, sette ore seduti senza soffrire... è importante. Per me è stato un grosso problema da giovane, per il mio piacere ad essere vivo.

Testo Cremerius: *"Io intendo tutto ciò come un nuovo moto di difesa, una regressione su posizioni di debolezza, di impotenza, di autosvalutazione, per paura della scoperta e della rinascita della vitalità attiva rimossa. Poiché credo che ci possiamo risparmiare questa deviazione, rafforzo il secondo movimento di interpretazione. Le spiego che questa atmosfera depressa è la conseguenza del fatto che lei sta cambiando il suo modo, da anni praticato e ormai familiare, di stare con la gente."*

INT: Quando lei dice che possiamo risparmiare questa deviazione... se invece l'avesse messa sul lettino, cosa sarebbe successo?

CREMERIUS: Le avrei detto: “Adesso se lei vuole mantenere la sua posizione contro di me, con questi attacchi, con questa vitalità che dimostra qui, se lei invece si mette in una posizione passiva, infantile mi chiedo dove andrebbe a finire il suo impeto, la sua forza?”.

INT: Se lei avesse accettato quello che la paziente le chiedeva invece di dare questa interpretazione, cosa sarebbe potuto succedere?

CREMERIUS: Se io l'avessi messa sul lettino? Parliamo di quello che succede. Non si sa mai con l'isteria cosa può succedere. Posso dire soltanto che non sono uno che pensa in modo profondo, è sempre pericoloso, lavoro con quello che vedo, che sento, non sono un analista che lavora nell'inconscio fino all'ultimo momento della sua vita. Io vengo dalla neurologia non dimenticate...

Testo Cremerius: *“Le dico che è evidente che ne nasce un vuoto che nient'altro può riempire. Le dico che non credo che abbia bisogno di un' analisi sul lettino. Che sono convinto che possiede delle forze, di cui oggi non sa ancora nulla, che un giorno la aiuteranno a conformare la sua vita secondo i suoi desideri.”*

CREMERIUS: Questo è un messaggio di speranza, io sono convinto che lei può farcela. E' importante. Per la tecnica classica è uno sbaglio enorme dire queste cose... ma io direi *di non dirlo così con la 'mano sinistra', ma di dirlo* convinto. Voi vi sarete accorti che io ho avuto un grande amore per Paula, ho visto già dall'inizio che c'erano delle potenzialità da sviluppare, che quegli attacchi avevano un significato, ho capito che erano degli attacchi buoni, perché ho sentito come mi ferivano e come mi facevano male. C'era molta forza in lei!

INT: Una cosa che ci chiedevamo oggi in macchina... lei dice alla paziente: “Lei ha delle forze, adesso non le conosce ancora, ma lei le ha.”. Questo non è un modo per cambiare l'immagine che la paziente ha di sé? Un rispecchiamento...

CREMERIUS: Per me è soltanto un riferire la speranza che ho e in cui credo...

INT: Se lei lo crede vuol dire che lei, prof. Cremerius, ha un'idea diversa della paziente rispetto a quella che la paziente ha di sé.

CREMERIUS: Sì. Non è normale nell'interpretazione offrire qualcosa di diverso dell'immagine che il paziente ha di sé?

INT: Sì, forse ancora un po' di più, perché noi oggi ci chiedevamo se può ricalcare quello che fa Winnicott, cioè il mandare un'immagine di sé a cui il bambino può aggrapparsi per costruire la sua immagine, che era proprio anche un qualcosa 'in più' dell'interpretazione.

CREMERIUS: La mia differenza rispetto a Winnicott è che per lui si tratta di un metodo che usa sempre, io invece lo utilizzo solo quando vedo che il paziente ne ha bisogno e quando non vedo un'altra strada. Ma non secondo il concetto di Winnicott, io non sono la buona mamma, io sono un uomo, un maschio normale che non ha latte.

INT: Anche perché tutti noi, pur non dicendolo, pensiamo che il paziente abbia dei punti sani a cui ci riferiamo e in cui speriamo, fa parte del nostro modo di vedere, in questo caso lei ha scelto di esplicitarlo e questo fa la differenza. Una rappresentazione di questo tipo c'è sempre.

CREMERIUS: Sì, perché io ho avuto l'impressione in questa seduta che il paziente sia capace di sentire, di capire, di prenderla come una verità, e non come una finta che gli analisti fanno...

INT: Quindi lei rovescia tutto. La paziente si aspetta di essere aggredita, lei non l'aggredisce ma anzi le rimanda un'idea positiva.

CREMERIUS: Sì. La paziente isterica nel suo profondo cerca un oggetto buono, perché in se stessa non lo trova, trova solo la distruttività di tipo fallico, allora io devo in certi momenti aiutare la paziente a credere che esista una possibilità di speranza e a trovare un'altra strada. Ma questo di solito viene fatto. Noi cerchiamo sempre di dire qualcosa che ingeneri speranza.

INT: L'analista tradizionale però considera l'aspetto fallico di queste pazienti come un sintomo e quindi cerca di ridurlo.

CREMERIUS: E' vero, l'analista classico avrebbe cercato di tagliare questo "pene" della donna. Per Freud, com'è scritto nell'introduzione del caso, la donna in generale, anche nella nostra società, o ha la possibilità di vivere questo elemento fallico attraverso il concepimento di un bambino, un sostituto di fallo, o deve sottomettersi alla posizione depressiva "clitoridea" come se dicesse: "io non ho questa grande cosa, io ho soltanto la piccola clitoride che mi dà un po' di piacere". E' collegato con il comportamento della donna alla fine dell'ottocento, prima della prima guerra mondiale. Le mie zie, le donne che vivevano intorno a me in quegli anni, che facevano una vita calma, con poco lavoro, che erano sottomesse e aspettavano come ragazzine l'arrivo del principe azzurro, non potevano sviluppare una loro esistenza umana. La mia tecnica è che, se "taglio il pene", allora l'unica possibilità che resta alla paziente è cadere nella depressione e nell'autosvalutazione. La mia convinzione è che dietro quella parte aggressiva, distruttiva, ci sia qualcosa di umano che non è maschile o femminile, è semplicemente umano. Penso che noi uomini dobbiamo svilupparci in un modo che non sia distruttivo, così da non diventare un soldato aggressivo, come ad esempio è Bush adesso, mentre le donne devono svilupparsi con una vita attiva, spontanea, che possono vivere con convinzione, ma non come un uomo. Questa è la strada.

Testo Cremerius: *"La mia operazione accresce la paura della paziente di avvicinarsi alle forze rimosse. Rendo terapeuticamente feconda questa paura, mostrando a Paula di che cosa ha paura. Lei comincia a pensare che ciò che vuole è precisamente anche ciò che teme. A questo punto mi concentro tentando di collegarmi in ogni occasione con il rimosso; scelgo cioè la strada diretta, evito la strada che passa per l'interpretazione della difesa e soprattutto quei famosi accenni interpretativi del tipo "Sì, lei ha ragione, ma..."*

CREMERIUS: Come fanno molti analisti: "Sì è vero, ma..." così si rovina la prima parte della sentenza.

Testo Cremerius: *"...ai quali segue subito la correzione che facilmente ha qualcosa di svalutativo. In una seduta Paula racconta di un colloquio con un medico dell'ospedale, nel quale aveva assunto e sostenuto dapprima un punto di vista contrario. Poi aggiunge di averci rinunciato perché sentiva di non riuscire ad imporsi. Dopo averlo raccontato comincia a fare smorfie e ad insultare i medici chiamandoli idioti. A questo punto io non interpreto la rinuncia al suo punto di vista ma lo difendo contro la sua autosvalutazione rassegnata. Così nasce la situazione che, seguendo la mia idea, intendo presentare: il conflitto inconscio tra moto pulsionale e difesa al quale Paula cercava di sfuggire, e che fino a quel momento si era ben nascosto dietro la formazione reattiva sadica, deve essere rivelato. Nel momento in cui io assumo la quota di pulsione contro la quale Paula si difende, ella prova paura della sua vitalità e nota la relazione tra questa paura e la formazione reattiva,*

ovvero il suo disprezzo ed i suoi insulti per i medici dopo che aveva rinunciato alla sua posizione. Lei sostiene invece che non è niente di speciale,...

CREMERIUS: L'autodistruzione, l'autosvalutazione qualunque cosa faccia.

Testo Cremerius: *"...lo mette in ridicolo e sminuisce quello che ho detto. Dice anche di trovarsi troppo violenta ed aggressiva. A me non sembra, obietto io, anzi trovo che ne aveva avuto bisogno. Un altro esempio da un'altra seduta: Paula lavora al chiarimento di alcuni problemi. E' molto concentrata e produce tranquillamente e vivacemente libere associazioni. Improvvisamente si interrompe dicendo che sono non-sense e stupido spreco di tempo. Io assumo il ruolo del difensore e le mostro che ha vissuto a lungo senza autocritica e che invece queste associazioni sono preziose, perché è come se volessero farci capire qualcosa che finora non avevamo capito. L'esempio la colpisce. Simili o altre situazioni aiutano Paula a riconoscere a poco a poco che non può avere successo, che non può scoprire in sé niente di positivo, che le sue idee sulla sua intelligenza, sulla sua attività non devono diventare pubbliche. Ma soprattutto scopre nella distribuzione dialogica di impulso e difesa che il nemico non è fuori ma dentro, che non ci sono altri che vogliono svalutarla, ma è lei stessa a farlo. Dopo una seduta siffatta è possibile affrontare il tema dell'essere con - sé. Paula riferisce che negli ultimi tempi ha sentito di fare dei piccoli passi quando durante la seduta si stendeva qualche volta sul lettino. Ma aveva anche sentito quanto era difficile per lei farlo. Quando aveva cercato di stare sdraiata con piacere, di sentire se stessa, era stata colta da un'inquietudine angosciata. Questa la porta a parlare di quanto sia difficile per lei avvicinarsi al suo corpo. Non si trova bella, soprattutto trova ripugnante il suo seno. Evita di guardarsi nuda allo specchio. Non le riesce di accarezzarsi o addirittura di masturbarsi. Dice di aver provato qualche volta, quando era eccitata dopo uno dei rari atti sessuali di prammatica con il marito. L'elaborazione di questo tema apre a Paula l'insight che si tratta sempre dello stesso problema, dell'accettazione di impulsi, attività, autonomia, autostima. Riesce però ad andare avanti solo quando collega i tentativi masturbatori recenti con fantasie aggressive di quando aveva 4-5 anni, che ora ha il coraggio di ricordare."*

CREMERIUS: Io direi di finire qui per questa sera e di riflettere tra di noi su quest'ultima azione. Io tento di distanziarmi un po' dal problema dell'aggressività, della impulsività, e di avvicinarmi ad un livello precoce in cui noi, come bambini, cominciamo ad avvertire il nostro corpo, in una forma del tipo "questo sono io", provando un godimento inconscio perché possiamo camminare, muovere le mani. E' un piacere intenso, ma questa è vita, semplicemente vita. Si può riflettere su questo, ma a livello profondo è un sentirsi bene, un godere il proprio corpo *senza riflettere*. A 6-7 anni si gode del poter parlare, pensare, giocare, inventare, dire bugie alla mamma, di tutte queste cose, e soprattutto a livello corporeo, si è contenti di sé se non c'è un disturbo precoce. La mia tendenza qui è che Paula trovi la strada ad un livello molto profondo, molto globale (vedi Spitz), dove cresce l'autonomia dell'Io e comincia l'identità, avvertendo le cose, sentendosi come un essere che ha un corpo di cui poter godere.

Ad esempio per noi ragazzi è fare la pipì. Si prende il pene e lo si stringe dietro il glande con la mano, così si fa pressione, si lascia e si fa un grosso getto di urina, e si prova una sensazione enorme prima della masturbazione, prima del godimento per l'erezione. Questo si può sentire e riprodurre e da piccoli l'abbiamo fatto in gruppo, due o tre compagni vicini, a giocare a chi può farlo più lungo, più forte, questi sono godimenti molto forti. Tra le ragazze, quando comincia a svilupparsi il seno, c'è una sorta di rivalità nel paragonarlo: "il mio è un po' più grosso del tuo", forse loro scherzano così, dopo il menarca, quando si sentono diventare donne che possono avere figli. Questi sono momenti molto importanti per me, ed io ho provato una forte emozione quando la paziente ha detto che si poteva sdraiare a casa e si poteva sentire come qui: in armonia con se stessa, calma, in contatto con se stessa.

Johannes Cremerius

2° Gruppo Teorico – clinico secondo giorno (27/10/2001)

CREMERIUS: Continuiamo con il caso Paula.

Testo Cremerius: *“Nella seduta successiva mi attacca vivacemente. Io potevo ben parlare di masturbazione Per un maschio non è probabilmente un problema, premesso che si sia liberato dai pregiudizi sociali. Ma se io pensavo che anche per le donne fosse così non avevo capito niente; questo mostrava ancora una volta il punto di vista fallocentrico con il quale gli uomini vogliono giudicare le donne. Dice che non aveva rapporti sensuali con la sua vagina, anzi, che la ignorava. Le mestruazioni la rendevano furibonda ogni mese perché le provavano che non era in grado con la sua volontà di chiudere la vagina come l’ano e di decidere da sola quando voleva fare uscire il sangue”*

CREMERIUS: Questo è molto interessante, il non potere chiudere, il non avere la forza di dominare il corpo. E’ stata l’unica paziente, Paula, che mi ha fatto conoscere questo problema.

INT: Il fatto di non voler accettare le mestruazioni e di non riuscire a dominarle. Cioè non riuscire a fermarle, a bloccarle...

CREMERIUS: Si può chiudere l’ano, si può chiudere la bocca, ma non si può chiudere la vagina.

INT: Io ho avuto una paziente che diceva la stessa cosa, una donna isterica che quando arrivano le mestruazioni sta male perché non riesce a controllare e a gestire l’evento.

CREMERIUS: Proprio anche con l’idea di chiudere, l’incapacità di chiudere come l’ano?

INT: Sì.

Testo Cremerius: *”Le dico che anch’io conosco, per esperienza personale, anche se non direttamente sul mio corpo, il senso di impotenza o di sentirsi in balia di altri e ne soffro. Nel suo caso potrei spiegarmi questo senso di sentirsi in balia altrui con le esperienze da lei fatte tra i 3 e i 6 anni. Pensavo a esperienze e vissuti di oppressione e svalutazione da parte dell’ambiente, contro le quali il suo Io ancora debole non aveva potuto difendersi con successo.”*

CREMERIUS: In questa seduta io ho parlato molto di me, di situazioni della mia vita in cui io mi sono sentito debole ed incapace di cambiare la situazione, etc.

Testo Cremerius: *“Sarebbe errato credere che questo lavoro sul conflitto di base si sia svolta in maniera così liscia come è presentato qui. Paula cercò continuamente di costruire il nemico esternamente, cioè di litigare o farmi regredire al ruolo passivo ed inetto del bambino non autonomo, debole, dipendente. Continuamente dovetti tornare a lavorare per mantenere la scissione del suo conflitto e perché lei potesse ogni volta rivivere ciò che aveva rimosso una volta per tutte nella sua infanzia e che voleva continuare a tenere nascosto. Alla fine, ancora una scena. Paula esprime il desiderio di voler diventare analista. Nel momento in cui non esulto di fronte al suo desiderio ma piuttosto propongo di investigarlo più da vicino, rimane delusa. Per varie sedute litiga con me, non accetta argomenti, è convinta che io non mi fidi che lei faccia questo mestiere, che voglia tenerla lontana da me ecc. La mia resistenza al suo desiderio nasce da questa riflessione: ho l’impressione che Paula sia per sua natura un essere molto attivo, espansivo, estroverso, che ha bisogno di un lavoro in cui possa agire, fare, dirigere, e che il desiderio di*

diventare analista sia ancora una volta un tentativo di comprimersi e di mantenere sotto controllo le sue possibilità. So però anche, per esperienza di lavoro, che in questo desiderio si cela una forte richiesta di dipendenza. Decido di non arrendermi al suo desiderio e di interpretare i desideri regressivi come difesa contro i suoi impulsi attivi ed espansivi. Non che non li avessi presi sul serio o che non avessi visto che anch'essi dovessero essere resi consci. Tuttavia pensavo importante - first things first - che Paula potesse trovare un accesso alla sua vitalità rimossa. Se questo le fosse riuscito, doveva lasciare l'analisi e vivere con le sue nuove possibilità. Quello che sarebbe venuto dopo, volevo lasciarlo alla vita. Dopo molte esitazioni Paula riuscì ad associarsi alla mia interpretazione sulla difesa e a riconoscere che il lavoro di analista non era adatto a lei. La sua analisi durò solo 350 ore. Ero convinto che Paula dovesse capire il prima possibile che poteva vivere senza analisi e che era in grado di condurre la sua vita da sola. Per me era importante soprattutto sostenerla nella sua idea che non io bensì lei stessa aveva eseguito i cambiamenti positivi, e che non doveva essermi riconoscente. La vita che Paula organizzò per sé verso la fine dell'analisi e più tardi, come venni a sapere da una lettera, dimostrava il tipo di soluzione che aveva trovato per il suo conflitto di base. Si separò dal marito e da quel momento decise lei le relazioni con gli uomini. Scoprì che era in grado di avere orgasmi se poteva decidere insieme al partner inizio e forma della relazione, se si sentiva libera di potervi anche mettere fine. Quando terminò l'analisi, aveva deciso di iscriversi ancora all'università, per frequentare una seconda facoltà. In una lettera che mi mandò diversi anni dopo raccontò di essere attiva nel management e di aver trovato lì la sua vera professione. Spero che la mia ricerca possa essere una via per uscire dal dilemma nella tecnica usata da Freud nel caso del tipo di donna considerato "fallico". La mia tecnica parte da due premesse che devono essere rispettate fin dall'inizio dell'analisi:

L'analista maschio deve avere elaborato i suoi pregiudizi inconsci e consci contro il sesso femminile e conoscere le sue angosce di castrazione nei confronti delle donne forti;

Egli deve partire dalla premessa che per un certo tipo di donna, che non cerca semplicemente - come Lou Andreas Salomé o Marie Bonaparte nel loro rapporto con Freud - la pace in una benevola 'immagine paterna', le esigenze e le regole dell'analisi sono strumenti del dominio maschile, e deve calibrare in base a questa premessa la sua tecnica.

All'interno dell'analisi ho lavorato rovesciando il modello di Freud. A ciò mi guidò anche la riflessione che le donne oggi molto più di allora, quando Freud elaborò la sua teoria dello sviluppo psicosessuale della donna, hanno possibilità reali di assumere nella società posizioni attive, prominenti ed in espansione.

La mia tecnica è immanentemente analitica nella misura in cui lavora in maniera coerente ad abbattere le difese contro i desideri pulsionali, renderli consci e cercare un "nuovo inizio".

CREMERIUS: Quest'ultima parte l'ho scritta perché aspettavo l'attacco della Società...

INT: E' stato attaccato?

CREMERIUS: Sì. Quando io ho presentato questo testo in un congresso dal titolo: "Che vuole la donna da me?". E mi hanno chiesto di dare un contributo.

INT: Ma la Società analitica è tutta maschile? Perché noi vediamo in realtà che il predominio è nettamente femminile.

CREMERIUS: Sì, è tutta maschile. Ho scritto una nota a piè di pagina... dunque... la tesi che la donna è un essere difettoso viene usata politicamente dalla Società psicoanalitica. Soltanto una volta, nella storia di 89 anni della IPA, una donna è stata presidente della Società, ma soltanto per sei mesi, invece che quattro anni, che è la regola. Nell'anno '86, dei 39 rami dell'IPA solo cinque sono guidati da donne. In Germania nell'87 nessun istituto dell'IPA ha una donna come direttore.

Le prime donne che hanno pubblicato saggi importanti sulla psicoanalisi, non sono state valutate, questi saggi non sono stati recepiti fino ad oggi.

CREMERIUS: C'è ancora qualcosa da dire?

INT: Una piccola cosa sì. La conclusione dell'analisi di Paula, come sono avvenute le ultime sedute, come si è conclusa tecnicamente?

CREMERIUS: Lei ha trovato una strada per godersi il suo corpo. Ha capito che questo cambiamento fra super-valutazione super-aggressività fallica e i momenti di autosvalutazione era un gioco senza senso. Così lei non poteva realizzarsi. Lei nell'ospedale dove ha lavorato come psicologa o provocava l'aggressività degli altri, o si sottometteva e tutti ridevano svalutandola. Io ho accettato quell'attività che voleva scegliere, perché così lei poteva vivere la sua fallicità in un modo non autodistruttivo ed 'etero' verso il mondo. Anche una conclusione di questo tipo è stata una lotta per me tra chiudere, non chiudere o farla arrivare di più al piacere, perché anche il management non era rilassato, era più un "io dimostro al mondo", ma senza autodistruttività.

INT: Io mi domandavo, a questo punto del lavoro, la paziente avrebbe potuto iniziare un'analisi secondo i canoni tradizionali?

CREMERIUS: Ma io non l'ho proposto, perché io sono stato contento (ride). C'è sempre la possibilità di andare avanti come i kleiniani. In Germania la didattica dura adesso 1000-1200 sedute. Per me è un crimine, perché è un entrare nel mondo dell'altro che è troppo invadente. Manca di rispetto. Questo per me è sempre stato molto importante nel mio lavoro, di lasciare i segreti al paziente, di non entrare dappertutto nei loro segreti, perché questi sono un capitale che abbiamo, se non disturbano la vita. Hanno a che fare con la teoria sull'inconscio. L'inconscio è un grosso contenitore di tutte queste grandi vitalità e fantasie dei primi tre anni. Voi che avete avuto bambini avrete visto come sono tutti geniali, grandi ricercatori, creatori, vitali, se non sono disturbati nel primo anno, e forti nell'aggreire. E di questo rimane un terzo. La scuola rovina ciò perché la società non può permettere che uno faccia quello che vuole e parli come vuole, non è possibile; c'è bisogno di ordine, altrimenti vivremmo in una giungla. Ma il prezzo è molto alto. Queste scuole di antroposofia di Steiner tentano nei primi quattro anni delle classi elementari di lasciare sviluppare e proteggere queste potenzialità, attraverso tante ore d'arte, di pittura, di canto.

INT: Mio figlio ha maestre steineriane nella scuola pubblica, ed è come dice lei.

CREMERIUS: Questo è un modo di conservare queste risorse un po' di più che nelle scuole pubbliche. Ma poi loro hanno un problema... qui in Germania si può fare questa scuola fino alla maturità, ma poi non riescono ad entrare nell'università, perché manca la razionalità.

INT: Anche in Italia ci sono delle scuole fino alle elementari e alle medie, poi quando passano alle superiori i ragazzi si sentono fuori dalla dinamica del gruppo.

CREMERIUS: Io ho sempre detto ai genitori, che me l'hanno chiesto, che ritengo molto buono fare i primi quattro - sei anni, ma poi è meglio entrare in una scuola normale.

LA NEVROSI OSSESSIVA.

Ai fini della didattica forse è meglio che io cominci con la nevrosi ossessiva, perché voglio mettere in evidenza il contrasto tra le due forme di nevrosi. Comincio con la struttura. Qual' è la struttura per capire ed arrivare alla conclusione tecnica nel paziente ossessivo? Il primo problema è che il

paziente non può associare liberamente, perché questo tipo di paziente ha sempre paura di lasciarsi andare. Questa è la base: non possono lasciarsi andare, essere senza obbligo. Secondo punto è la mancanza di spontaneità. La tendenza a tenere fermo, ritenere, conservare. Si ricordi il carattere anale descritto da Freud: soffrono di costipazione perché ritengono le feci. Fa parte di questo ritenere, conservare, non dare, l'essere avari. L'altro punto molto importante è la dubbiosità. Il paziente ha sempre il dubbio di fare, di lasciare, di dire o non dire, fare o non fare. Dubbio significa aprirsi o no, è la paura di essere scoperto. "Io devo chiudermi", ed una forma di chiusura è giocare ai dubbi. Sul lettino lui sta zitto, io chiedo "Lei sta zitto?", lui dice: "Sì, io vorrei, ma non so con cosa cominciare...", allora io chiedo di nuovo. Ma questa è già tecnica, la vediamo nella seconda parte del nostro lavoro. Non arrivano mai al punto 'di fare ,di agire' nella vita. Mi ricordo un' infermiera che ho seguito. Per ore ed ore lei stava lì e non poteva fare: "fare così o così?". Non riusciva a decidersi. Lo stesso nella vita emozionale. Anche questo è sempre controllato, riflettono continuamente, non hanno spontaneità perché ogni impulso viene pensato, ripensato, riflettuto. La struttura Io e Super-io sono tali per cui il Super-io è molto più forte dell'Io e l'Io è scrupoloso perché il Super-io chiede perfezionismo, precisione e razionalità, e siccome l'Io non può ubbidire, il risultato è quella scrupolosità. Questo aspetto è molto 'duro' nel lavoro con loro. Questo Super-io è la forza per cercare l'assoluto, il principio, non possono accettare le cose normali: o tutto o niente e dato che non è sempre possibile, allora si fermano negli scopi, nella riflessione infinita etc. Ho già detto che c'è una relazione con il carattere anale, questo è l'aspetto economico, pensate quanto costa cominciare. Un paziente di quasi 40 anni, mi ha detto che aveva trovato una ragazza che era proprio da sposare, bella, "tutto a posto". Lui fino ai 40 anni aveva tentato tante volte, ma aveva sempre trovato il 'pelo nell'uovo'. In questo caso diceva che era proprio da sposare, ma che poi ha pensato: "Lei dice già di volere dei bambini e che preferirebbe averne tre, se io la sposo e faccio il conto di quanto guadagno mi rendo conto che non posso più avere la macchina, che non posso più fare i viaggi, e allora cosa mi rimane? Forse un piccolo motorino. Allora ho deciso di lasciarla.". Un tipo simpatico (ride). Questa è la patologia. Domandiamoci che cosa manca. Manca la fiducia nella vita, la possibilità di dedicarsi ad una persona, ad un lavoro, ad un amore, ad un'idea. Non possono credere che malgrado o nonostante l'insicurezza nelle finalità del mondo ci sia anche l'amore, il piacere, la possibilità di godere, di partecipare, di vivere. Malgrado ci sia tutta questa miseria, c'è anche una parte diversa. Loro invece sono convinti che il mondo è pericoloso, che dappertutto ci sono malattie, guerre, allora è meglio chiudere il sedere e ritenere tutto quello che si ha e se prendono qualcosa devono decidere attentamente a "quello che rimane se...". Su questo concetto io fondo la base della tecnica. Che cosa si può fare, che cosa non si deve fare. Al contrario della tecnica che uso con l'isteria, con questi pazienti sono molto rilassato, dimostro 'mollezza', parlo con una lingua molto comune e banale, senza termini tecnici, non parlo con un alto livello teorico, sono molto spontaneo, mi avvicino un po' più apertamente del normale che con altri pazienti. Mi permetto anche a volte di fare chiacchierate, scherzo. Una parte della tecnica sta nello scherzare, e a volte racconto anche barzellette.

INT: Cioè tutto quello che all'ossessivo manca...

CREMERIUS: Tutto questo... questo è il mio comportamento. Se viene in ritardo, per esempio, io non faccio il Super-io e non noto o chiedo cosa è capitato. Gli faccio anche domande, per aprirmi, mettermi in contatto con lui, chiedo... cerco di creare un' atmosfera che non metta in crisi, perché io rovino il suo gioco, questo è l'obiettivo del mio comportamento "non troppo serio". Il risultato di questo è che lui inizia ad attaccarmi perché io non sono molto serio, perché non faccio il lavoro molto centrato sulla terapia. Mi chiede "come mai chiacchiera?". L'altra parte della tecnica è la mia agitazione, la mia provocazione. Siccome lui vuole che niente sia cambiato del suo mondo interno, la sua paura è che "la porta si apra e allora cosa fa nel mondo, dove non ci sono le regole ossessive?". Se l'ossessione è molto forte, ed il paziente ha difficoltà a capire quello che fa, tento di

lavorare con piccole provocazioni... per esempio arrivo io in ritardo (due tre minuti), o finisco la seduta troppo presto, o prolungo la seduta. Un collega, un bravo internista ed analista, a 45 anni ha iniziato l'analisi con me. Con lui ho fatto questo gioco per sei mesi, quattro volte alla settimana, e lui non ha capito quello che facevo, non ha mai registrato il mio essere in ritardo, il mio finire prima o prolungare. Un giorno ha detto: "Io ho l'impressione che lei non sia molto regolare nella terapia. Ha sentito il senso del sistema, il principio per la sua sicurezza interna.

CREMERIUS: Un esempio di terapia attiva. Ci sono pazienti a cui si può dare una interpretazione all'infinito, entra da una parte ed esce dall'altra parte dell'orecchio. Parlo di ossessione grave, non di quelle piccole ossessioni che ha tanta gente, e che forse hanno anche la maggior parte degli analisti. Ossessioni che hanno bisogno della precisione, della puntualità al secondo, della neutralità, dell'astinenza.

INT: Tante di queste cose del paziente è vero che fanno parte dell'analista, no?

CREMERIUS: Sì, Reik ha scritto un bel libro sull'analisi come un sistema ossessivo, e vale la pena di leggerlo. La sua ipotesi è che la tecnica analitica abbia origine dal rito ebraico, è un sistema ossessivo e Reik dice che Freud, come ebreo, ha elaborato una tecnica del sistema rituale ebraico, dei rituali religiosi. Per provocare, per sviluppare, per svegliare il paziente io sono anche molto disponibile. Se lui ha bisogno di un'altra seduta e non può... mi ricordo un paziente che doveva portare il bambino in ospedale, ed è stato un problema. "Lo posso fare, ma cosa pensa il mio analista?", io ho riso e gli ho detto che era più importante della seduta. "Ma sa, qui lei mi aspetta e io pago per la seduta". E così provo un disturbo al sistema.

INT: In fondo la metodologia in tutte le patologie è di disturbare il sistema, trovando la modalità giusta.

CREMERIUS: Disturbare e creare un nuovo mondo. Fa parte di questa provocazione il dimenticare qualcosa. Il paziente racconta qualcosa e dice: "Lei ricorda questa cosa che le ho raccontato l'anno scorso?", ed io gli rispondo che non ricordo, ma sto attento che sia riferito soltanto a una piccola cosa che non ha importanza per l'analisi. Se è importante, allora io tocco il centro della psicoanalisi, devo essere attento e sapere le cose centrali. La lotta infinita è la lotta per la libera associazione. Lì è proprio il punto critico per il paziente. Lui sta sul lettino, c'è la regola fondamentale, e lui deve fare qualcosa che durante tutta la sua vita non ha mai fatto. L'importante è che con questi pazienti, come con i pazienti con una struttura superegoica molto forte, non applico quasi nessuna regola fondamentale all'inizio della terapia. Se il paziente chiede "Che cosa devo fare?", io propongo di sdraiarsi per stare comodo, e che lui tenti di raccontare quello che sente. Lo dico così marginalmente, che sia senza peso. Questo è importante, che all'inizio non si cominci con questa religione ossessiva, queste regole. Si ricorderà come Freud dicesse al paziente: "Lei deve dire tutto quello che le viene in mente, ciò che sogna, che desidera, anche tutto quello che ha a che fare con me". Nessuno di noi ha seguito questa regola (ride). In questa lotta io sono molto paziente, se il paziente sta zitto, io dico sempre: "Vedo che è molto difficile per lei aprirsi e parlare". Se il paziente per 10-15 min. entra in questa lotta io dico con la 'mano sinistra' : "Ma sì, lasciamo, forse viene domani, abbiamo tempo, perché forzare?", per uscire da questo sistema che lui vuole che io usi, per essere aiutato, io invece sono un nemico che attacca la sua sicurezza, una sicurezza patologica, ma l'unica per il paziente.

Io faccio questo lavoro per un tempo lungo, lascio entrare poco, seduta per seduta parlo dei dubbi, del problema di aprirsi e chiedo quale è il problema. Lavoro su quello che lui può sentire internamente, voglio che lui impari a dire "Io ho pensato questo e quest'altro, ho fantasticato, ho avuto paura di...". Il paziente capisce che c'è un meccanismo, che non è patologia, che è qualcosa

che ha a che fare con qualcosa che è definibile, che si può formulare, cioè la paura di aprirsi: “che cosa succede se mi lascio andare?”. Lavoro sempre sul silenzio, sulla scelta delle parole; se, per esempio, per spiegarmi qualcosa che ha fatto con una donna lui usa una terminologia che usano i medici e non può dire “scopare”, allora io dico “Ma che pena, lei parla e pensa così anche nella sua fantasia, come un medico? Come mai non dice ‘scopare?’”. E lui: “Ah! Mah, no no”. Quindi io sono molto libero e cerco di aiutare il paziente a capire e sentire come lui si crei una prigione. Un’ossessione sana è normale per il paziente, loro non vengono da noi per l’ossessione, per la nevrosi ossessiva, vengono perché dicono che hanno problemi con il lavoro e con il direttore, con la moglie o con i bambini, ma non dicono “il mio problema è l’ossessione”. E’ importante capire che normalmente il paziente non sa, non conosce la sua struttura, lui viene per qualcos’altro. Il nostro lavoro è che il paziente capisca quale è la malattia. Lavoro con il concetto che per qualche mese, dipende dalla struttura del paziente, il mio lavoro sia di insegnare l’idea della psicoanalisi, che per noi non è importante la sintomatologia, quel problema che il paziente conosce e sa, per noi è importante capire la dinamica delle forze che stanno dietro e perciò ci vuole qualche mese. E’ importante non cominciare con la tecnica analitica, prima che il paziente abbia capito quello strano modo di pensare che abbiamo, perché è molto strano, noi siamo anacronistici, come medici. Nel nostro mondo tutto è razionale, è da capire. Dall’inizio del secolo XIX è cominciata l’industrializzazione, tutto è diventato razionale e funzionale. Domande di questo tipo erano specifiche nella fase del romanticismo in Europa, che è stato molto forte in Germania ed in Inghilterra, meno in Italia, voi non avete grandi poeti nella fase del romanticismo e quella dopo Napoleone in cui si è parlato dell’inconscio, del mondo della notte, dei sogni. Noi abbiamo avuto un grande numero di poeti, anche in Francia, tutti i paesi romani non hanno passato questa fase romantica così fortemente come da noi o in Danimarca. Dall’inizio dell’illuminismo e dell’industrializzazione, l’uomo non pensa più con le categorie del fare domande per arrivare alle cose dietro la facciata. Forse il paziente ossessivo è il prototipo della modernità, perché per lui è tutto principio, ordine, disciplina, funzionalità e successo. Noi vogliamo lo sviluppo interno, ricchezza di fantasie, creatività, una vita piena di piaceri, godimenti, di vitalità. Anche se non è molto produttiva, anche se non si diventa direttore – capo, per noi il piacere è più importante del successo. Questo lavoro è molto, molto lungo con l’ossessivo per la difficoltà di essere spontanei. Come ho sempre detto: il silenzio, l’aspettare, la difficoltà a formulare, non bisogna fare nient’altro, se il paziente mi vuole raccontare qualcosa di papà o mamma, io mi concentro e ritorno al punto. Lo scopo, la meta è dimostrare al paziente la sua paura di aprirsi, di godere se stesso, il suo mondo interno pieno di desideri, istinti, sessualità, etc. Faccio un’azione attiva contro questa svalutazione, questo mondo ‘stretto’ in cui lui non si può muovere, io offro e dico che ci deve’essere qualcosa in lui che vuole qualcos’altro. Il risultato della tecnica del lavoro sulle difese lo collego con l’offerta che dietro c’è anche qualcos’altro in lui, i desideri che lui non può più sentire, e lì parliamo anche dell’infanzia, della gioventù, della pubertà, perché quell’ossessione comincia a svilupparsi intensamente nella pubertà quando inizia il problema della masturbazione. Vado indietro con il paziente, dove lui può ricordare che una volta è stato più vivo, ha sentito dei desideri, ha voluto vivere, ha voluto fare il marinaio, o guidare la locomotiva del treno, e tutte queste fantasie che hanno i ragazzi in questa fase. Possiamo ricostruire una biografia con lo sviluppo della malattia, e così il paziente può capire che quello che oggi fa con me è un risultato, è cominciato da un momento in cui lui ha avuto paura di entrare nel mondo, di mettersi in contatto con i ragazzi, di godere della masturbazione, etc. E’ un grande aiuto nel lavoro con l’ossessivo. Invece con il depresso sarebbe uno sbaglio tremendo tentare di andare indietro, perché la depressione comincia molto prima. Già i bambini di 3-4 anni dimostrano sintomi di depressione ed i ricordi che i pazienti possono avere sono ricordi di svalutazione, inibizione e miseria. E’ uno sbaglio enorme fare la biografia con loro. Qui invece è un aiuto perché il paziente può trovare una fase in cui era ancora vivo, pieno di speranze, etc. Vedete come è importante scegliere solo una tecnica per ciascun tipo di patologia?

INT: Io però non ho capito bene la differenza. Ho capito con l'ossessivo, ma non con il depresso.

CREMERIUS: La patogenesi della malattia, dello stile depressivo è che hanno avuto esperienze che sono brutte e pesanti. Normalmente vi è una mamma che ha distrutto l'impulsività, il piacere, ed ha soltanto chiesto. Per farla breve, al posto di una mamma che all'inizio sviluppi l'io, c'è una mamma che ha forzato un Super-io, una mamma che non può godere di se stessa, che non ha una vita emotiva sessuale normale. Statisticamente credo che il 30-40% delle donne che hanno un bambino, hanno un problema con se stesse perché i matrimoni sono disastrosi: 1/3 dei matrimoni fallisce, vediamo che i matrimoni finiscono dopo 3-4 anni. In questo grande cambiamento della società, dell'economia, è soprattutto la donna che ha grande difficoltà a realizzare una vita propria. Dicono: "Avevo una professione che ho dovuto lasciare con l'arrivo del bambino"; oppure svolgono la professione con il bambino, quando il marito torna a casa si mette davanti alla televisione e non partecipa alla vita familiare, forse ha già un'amica. Lei è frustrata e per compensare la sua frustrazione chiede al bambino di dargli ciò che la vita, il marito, il matrimonio non le danno e lei allora diventa la madre superegoica, che gode di tutto quello che fa per il bambino, per arrivare, per imparare a parlare bene, forse insegna già a parlare, a scrivere prima che il bambino entri a scuola; insegna la pulizia anale, lavarsi, essere sempre corretto vestito, perfetto. Allora è una cosa così astrusa, brutta che andare con il paziente a questa fase aumenta la depressione, e il paziente dice a me: "Vede, non ha senso fare la terapia, io sono già distrutta", allora è meglio lasciare e non stimolare i ricordi. Questa è una regola fondamentale con i depressi. Invece con l'ossessivo troviamo una fase in cui è già cosciente, in cui può ricordare che è stato un uomo "normale".

INT: Tra l'altro, ricordandolo lo sperimenta comunque nel presente, quindi sente anche un pezzo di desiderio, di piacere...

CREMERIUS: Sì, ed allora siccome il paziente nell' hic et nunc con me non può, allora io dico: "Vediamo forse possiamo trovare una strada, una fase nella sua vita in cui ha sentito qualcosa". C'è qualcosa da trovare perché è già in una fase in cui l'io può riflettere, e ci sono ricordi. Sappiamo che nelle depressioni gravi non ci sono ricordi perché il disturbo è già nella fase preverbale, questo è il problema. Avete visto, io sono molto attivo fino al grado in cui il paziente mi sente nemico. Io disturbo il gioco attraverso la mia 'mollezza', la mia generosità, io sono molto dolce, capisco, e questo mio comportamento è orribile per il paziente. Arrivo in ritardo, lui entra e piove, allora io parlo del tempo... orribile. Lui paga per l'ora e io per cinque minuti parlo del tempo, lui si arrabbia, io lo interpreto. In questo modo la vita diventa 'così stretta', non c'è altro, una prigione. Uso una certa terminologia per questo tipo di paziente. E' importante che si sviluppi una diversa terminologia per le diverse patologie. Io ho avuto anche diverse barzellette per le diverse forme di patologia. Mi ricordo con un paziente masochista, che per dimostrare come lui si crei la situazione masochistica, che soffre per amore, etc. io racconto questa storia: "Nella metropolitana ci sono due uomini un bianco e un nero. Tutti e due leggono il giornale, il nero legge un giornale in lingua ebraica. Ad un certo punto tutti e due guardano fuori dalla finestra e lasciano giù il giornale, il bianco dice al nero: "Negro solo non basta a lei, eh?". Perché il nero è un perseguitato e l'ebreo è pure perseguitato. E allora lui riprende: "Negro è di nascita ed anche ebreo!" (ride). Se l'analisi è abbastanza sviluppata il paziente può ridere, perché è così forte, e ci sono tante barzellette che io mi sono scritto. Se ho un paziente molto difficile, come Paula, con cui ho lavorato e sofferto molto, la sera prima della seduta io lavoro sull'ultima seduta, mi faccio un concetto, non sono spontaneo, ma normalmente le cose vanno da sé, soprattutto quando si lavora con 3-4 ore. Quando si lavora con 1-2, questo costa fatica. Non si può andare alla seduta come ad una passeggiata dopo l'altra, come se fosse interessante, curiosa, piacevole. Con questi pazienti, anche con depressioni gravi, è possibile lavorare soltanto se ci si prepara, e bisogna stare attenti a non cadere nelle trappole che lui prepara

seduta per seduta, per allontanarmi, per prendermi in contropiede o dire: “Sa sei mesi fa lei ha detto...”. A tutto questo bisogna essere preparati. Una lezione su questo è anche di non prendere pazienti troppo pesanti. Kernberg ha detto che si può avere solo un paziente grave, di più non si può sopportare. E’ anche una certa igiene mentale chiedersi se possiamo prendere un determinato paziente. Un aspetto che conoscete, mio personale è che se il paziente tocca un mio aspetto, allora non lo prendo. Un altro è quello economico, chiedersi se oltre ai 5-6 pazienti che ho posso prenderne un altro o è troppo. E’ una questione di igiene mentale. Un aspetto positivo è cercarsi pazienti piacevoli. Per esempio uno che può pagare il 20-30% in più di un paziente normale. Per es. in Germania la mutua paga 110 marchi a seduta. L’assicurazione privata l’hanno i pazienti che non sono obbligati alla mutua. In Germania il 95% della popolazione ha l’obbligo della mutua, e la mutua paga tutti. Psicoanalisi, dentista, oculista, paga tutto la mutua, è una “mamma arcaica” la mutua. Il 5% della popolazione ha una cassa privata, un’assicurazione che costa molto. Allora si sceglie un paziente che è nell’assicurazione privata, perché la cassa privata paga di più anche se, diversamente che in Italia, hanno un limite superiore, soltanto fino a 180 marchi. Perciò c’è una differenza di 70 marchi fra un paziente di mutua pubblica e privata, e quindi è piacevole avere pazienti di questa classe e non i poveretti dell’altra classe. Per un uomo è piacevole se la paziente donna è di bell’aspetto, se è intelligente, in modo che ho il piacere di discutere, di parlare, formulare, arrivare all’idea:”Ah! Possiamo fare un’analisi classica, basata soltanto sulla parola, sull’autoilluminismo”. E’ la realtà, perché fare Gesù Cristo? Arrivare a casa la sera da una donna e un bambino e dire: “ma sai oggi è stato così pesante, io credo che devo andare a letto.”. Uno scopo per me importante è stato: “Voglio alla sera arrivare a casa e tutto deve essere finito, dimenticato. Basta ”. Ho imparato che quando non riesco a liberarmi del lavoro e la sera prima di addormentarmi, o di notte, mi viene in mente un paziente, significa che devo riprendere la seduta perché ho sbagliato io. Provatelo, è molto importante, non uscire da una seduta con la depressione, con il dubbio di aver sbagliato. Si deve tentare fortemente di chiudere una seduta in modo che le mani siano lavate, che sia tutto chiaro. E dopo 30 minuti, se si sente che il paziente è riuscito a mettermi in una delle sue trappole è meglio dirlo e fare qualcosa. Ad esempio:”Questo io non lo permetto, oggi lei fa qualcosa con me che io non permetto, so che lei vuol farmi soffrire”, così io posso andare a casa e sentirmi bene. E domani possiamo lavorare, io posso spiegare, oppure io dico “basta con questo, non vedo un senso, l’unico senso che vedo è che lei non vuole parlare di sé”. Porre una fine, e non andare avanti come Cristo sul monte del Calvario. O mio Dio, questo cristianesimo ha un’idea così masochista, così patologica! Il padre che offre suo figlio come sacrificio attraverso la crocifissione. Chi può pensare una cosa simile? E’ impossibile pensarla. E poi i nodi, aperto qui, il sangue... che perversione, è proprio una perversione. Io ho capito questo nella mia vita, e mi ha aiutato molto nel non fare l’analista nella maniera cristiana. Non possiamo uscire dal sistema, quando parliamo di sentimenti di colpa, siamo di nuovo nel sistema, perché ci sono anche aspetti realistici. Un aspetto da considerare è che con la mia professione, che mi piace ed è ottima, posso fare anche un po’ di soldi. E’ importante questo. Ma è anche logico, se io non mi sento bene nella seduta non posso essere creativo.

L’ISTERIA

Il carattere della personalità isterica potrebbe essere definito proprio il contrario di quello della personalità ossessiva. I pazienti vivono senza storia, non hanno una biografia, la loro vita è il momento attuale, vivono l’adesso; l’ieri non esiste. E’ importante per l’analisi considerare che non hanno una storia precedente, entrano e parlano sempre e solo come se ci fosse quell’unica seduta, difficilmente ricordano, non hanno una vicenda personale come realtà vincolante come ad esempio: “Tutto questo sono io, che ho fatto e vissuto in questo modo”, manca un filo che legghi gli eventi. Riescono a ricordare ma senza una modalità autoriflessiva, senza identificarsi con “Mi riconosco nella mia vita”. Questo significa una vita senza obblighi, senza impegni, senza responsabilità perché non c’è un collegamento tra ieri ed oggi. La loro realtà è una pseudo - realtà:

non possono accettare regole, convenzioni, una vita normale. Un esempio che io utilizzo sempre è il film: “Un tram chiamato desiderio”.

INT: Quello ambientato a Manhattan

CREMERIUS: Sì, ci sono due personaggi, uno è Marlon Brando, che interpreta un uomo che vive intensamente: un ragazzo che beve, che vuole far sesso; l'altro è la Blanche nel ruolo di un'isterica. E' una vera lezione di isteria. Tutto è un sogno, lei lo rappresenta in maniera impeccabile nel modo in cui cammina, nulla esiste, tutto è nella testa, nella fantasia. La regia è grandiosa..., passa una persona che dice: “fiori per i morti, fiori per i morti”, con grande intensità. E' uscito in un periodo in cui i grandi registi facevano una lunga analisi personale, come il regista de “La gatta sul tetto che scotta”. Tutti questi film erano fatti da “analizzati”.

INT: Chi è questo regista?

CR: Non ricordo, ricordo solo Marlon Brando. La mancanza, il buco nero nello sviluppo delle isteriche è l'autenticità. Nel contatto con gli altri tentano sempre di andare troppo oltre, non accettano il limite, il confine, oltrepassano ogni misura; per loro il mondo è fatto di gomma e, come gomma nelle loro mani possono tirarlo, trasformarlo. Niente è stabile, nulla è dato come è dato.

INT: La mia paziente parlava proprio della gomma, affermava che i suoi familiari erano come gomma che lei poteva spingere e modellare come voleva. Me ne parlò ad un certo punto della terapia, dopo che si era arrabbiata molto con me perché avevo chiarito alcuni suoi aspetti.

CREMERIUS: E la paziente ha usato il termine gomma?

INT: Sì.

CREMERIUS: Considerando la personalità isterica dal punto di vista del sistema Io – Super io, il Super io è molto debole, poco sviluppato, soprattutto se paragonato a quello del paziente ossessivo. Finché la terapia è incentrata sull’“hic et nunc”, è sempre la seduta che conta, non la biografia. E' importante concentrarsi sul transfert, sulla relazione interpersonale. E' perciò uno sbaglio chiedere al paziente di ricordare o di raccontare la propria biografia, diventa un mare infinito di associazioni, perché gli isterici hanno una diversa storia personale per ogni seduta, per mesi, e per anni possono parlare solamente della loro vita. Di solito l'isterico è molto intelligente e molto dotato dal punto di vista cognitivo, perché la patologia inizia tra i quattro e sei anni, quando l'Io ha già sviluppato gran parte delle sue capacità. Sono quindi spesso più intelligenti rispetto ad altri pazienti nevrotici. Possono parlare di sé all'infinito. Vi ricorderete come Anna O. raccontasse le sue vicende personali e Freud l'ascoltasse senza capire quello che lei stava facendo. Alla fine Freud scrisse ad un suo amico: “Io finisco l'analisi con questa donna perché è guarita”, ma una settimana dopo lei finì in un manicomio perché assumeva oppio ed era fuori di sé. Freud era impressionato da tutte le vicende umane.

C'è un libro sulla vita di Anna O., prima e dopo l'analisi, che sono sicuro sia uscito anche in Italia: è un romanzo molto drammatico. Lei era come una Fenice che rinasce dalle sue ceneri, dopo l'analisi andò a Francoforte, dove lei, ebrea, creò un'importante organizzazione internazionale per le ragazze ebre; ne fondò un'altra a Gerusalemme e un'altra ancora a New York. Era sempre presente, aveva una grande forza e capacità di fare e tutti quelli che la conobbero descrissero la sua bellezza. Ma non permise mai ad un uomo di avvicinarsi a lei.

Quindi non bisogna soffermarsi troppo sulla biografia, è molto importante, perché altrimenti non si riesce a lavorare. Dalla prima seduta in poi bisognerebbe sempre sottolineare: “Sì è bello, è molto

significativo per lei, ma proviamo a parlare di come si sente oggi". Concentrarsi quindi sull'"hic et nunc".

Dirimente è il contratto. Ho già sottolineato come siamo molto aperti e disponibili con il paziente ossessivo e con il paziente depresso. Con il paziente depresso non tocco il problema della regola fondamentale, e neppure con l'ossessivo. Con le pazienti isteriche debbo comportarmi diversamente. Formulo un contratto molto ossessivo, molto preciso, molto definito, toccando tutti i punti: pagamento puntuale il primo del mese, inizio alla tal ora e finisco dopo 45', se non viene deve pagare lo stesso la seduta, fissiamo all'inizio dell'anno le sue ferie e le mie; cerchiamo di concordare tutto con molto equilibrio e in modo dolce.

Questa è l'arte: forte nella parola, dolce nella formulazione; forti nel contratto ma dolci nel modo di spiegarlo. E' una formula che bisogna trovare nella vita, una mistura di dolcezza e stabilità. Perché siamo così ossessivi? Perché vogliamo ridurre al minimo lo spazio della fantasia e dell'azione. Questo è il contratto.

Nella prima seduta il paziente dovrebbe incominciare ad entrare nel mio mondo, come Paula che cammina nella stanza, guarda i quadri e commenta: "Ma lei non ha un gran gusto", o come un'altra paziente che dice: "C'è polvere, non è tanto pulito il suo studio!". E' una modalità di aprire l'analisi e bisogna stare attenti a non iniziare con "un braccio di ferro", come vi ho già mostrato con Paula, alla quale ridendo avevo risposto: "Sì, è così, sono così". Tento di sdrammatizzare con lei, lei dice questo, io rido e vorrei che lei capisse e si potesse cominciare a sorriderne insieme, per evitare le contrapposizioni.

Alcuni pazienti invece chiedono: "E' sposato, ha figli, dove ha preso la laurea?" oppure "Trovo questa camicia e questa giacca mal coordinati". Entrano nello spazio intimo, e creano una prima difficoltà, perché chiudersi non è bene, aprirsi è impossibile, allora è difficile decidere cosa fare, si dovrebbe trovare un'idea creativa (ride).

L'analista classico risponde: "Io capisco che lei sia curioso e voglia sapere chi sono io, ma credo sia meglio per il nostro lavoro che lei non abbia troppe informazioni sulla mia vita personale", questo è il modo classico, ma non è molto intelligente, perché è una forma di difesa.

Qualche volta io ho detto qualcosa: "Sì, sono sposato, ho una figlia, la laurea l'ho presa a ...", e se si accontenta bene, ma se un paziente, ad esempio, continua su come ho conosciuto mia moglie, su come va il mio matrimonio, esplicito: "Penso che ci sia un limite che la prego di rispettare". Proprio come si fa nella vita normale, in treno, durante un viaggio di 10 ore, capita di parlare del proprio matrimonio, dei figli, ma se qualcuno entra troppo nei particolari chiedendo ad esempio come faccio l'amore allora io non rispondo perché credo che questo argomento sia troppo personale. Penso che parlare un po' di sé vada bene, ma se il paziente vuole andare al di là delle convenzioni, sottolineo che questo non è abituale nella nostra società.

Di solito se conoscono già qualcosa della psicoanalisi, se sono psicologi, iniziano con le libere associazioni, perché sanno che questo è il lavoro che si deve fare e le utilizzano usando un mare di parole. La prima volta io lascio correre, la seconda glielo interpreto positivamente rimarcando che il paziente ha una produttività enorme e tante idee e continuo in questo modo finché, dopo qualche settimana, chiede: "Ma lei sottolinea sempre che io ho una grande produzione, forse c'è qualcosa che non va?". Scelgo un metodo tale che capisca che sta usando la regola per non fare l'analisi.

Un'altra strada è che io prenda in mano la situazione dopo qualche settimana e dica in modo molto gentile, molto corretto: "Ho pensato un po', lei mi ha raccontato tante cose, io ho ascoltato, ho capito molto della sua vita, ma qualche volta ho avuto l'impressione che il suo racconto fosse una tendenza alla fuga. Potrei dire anche un tentativo di non scoprirsi, di non parlare di sé". Se l'intervento ha successo il paziente ci dà ragione. Queste sono due modalità di intervento sulle libere associazioni, ma il lavoro consiste nel riuscire a far capire al paziente che per lui tutto è un dire, un produrre, un fantasticare, ma che questa non è la sua identità. Il lavoro è sul movimento minimo, come ho mostrato con l'ossessivo che ha il problema di riuscire ad essere spontaneo, e il più delle

volte sta lì zitto, non lascia uscire le parole. Io lavoro col paziente nel momento in cui la nevrosi è in atto, viene un impulso, lui esamina l'impulso e decide di non dire nulla.

Vorrei che la paziente isterica (normalmente sono donne) avverta che le sue tante produzioni vanno nel senso della fuga e capisca che quello che sta facendo è un tentativo di fuggire. Altrimenti l'analisi diventa uno scherzo e si può andare avanti per anni; il paziente è contento, perché pensa di darmi piacere, mi crede un voyeur, uno che gode della sua produzione, uno che legge un romanzo interessantissimo, ma siamo completamente agli estremi: la fantasia del paziente e la mia realtà sono molto lontane. Conseguenza di questo è la mancanza di identità, il paziente vive solamente nella fantasia ed io devo essere sempre lo stesso, con l'ossessivo invece devo cambiare, sono flessibile, faccio cose che paiono impossibili.

INT: Pensavo ad una paziente isterica che ho seguito. Lei mi diceva che sentiva un grande senso di lontananza anche attraverso una sensazione precisa del corpo. Questa sensazione di lontananza, che poi è così forte in questi pazienti, è proprio questa, la lontananza della fantasia dalla realtà. Poi in un punto centrale della terapia, quando ha iniziato a rendersene conto, è andata in depressione, e, quando è uscita dalla depressione, ha iniziato a stare molto meglio, adesso è migliorata tantissimo proprio grazie al rendersi conto di questa grande lontananza, di questo senso di vuoto che provava.

CREMERIUS: Sì, questo è un buon passo, se il paziente arriva a sentire il vuoto, è il momento in cui si può iniziare il lavoro analitico. Io devo essere sempre lo stesso, sempre puntuale, non cambiare le sedute, perché la cornice della terapia deve rimanere assolutamente stabile. Per quel che riguarda il pagamento: se nel contratto abbiamo concordato che sia effettuato il primo di ogni mese e il paziente, quando arriva alla seduta del primo del mese, non paga, lavoro tutta la seduta, fino alla noia, sul perché di questo. Generalmente io chiedo al paziente di pagare in contanti, perché è possibile che il paziente pensi che la terapia ed il terapeuta siano qualcosa di dato, di sostitutivo per le mancanze subite nella propria vita, come una mamma che coccola, aspettative che ognuno di noi ha in sé parzialmente, quello che ci si aspetta dall'altro nel matrimonio, nella relazione con l'altro sesso, qualcosa di dolce, *coccolante*. Dato che questo è un desiderio generale nella nostra società, io introduco un elemento di realtà: al primo del mese noi siamo di fronte, in piedi, io prendo in mano i soldi e li conto, già dalla prima volta chiedo di portarmi i soldi giusti in modo da non dover cercare il resto.

Questo ha due aspetti positivi: il paziente mi vede nella mia normalità e capisce che io sono uno che lavora anche per i soldi, anche se questo può sembrare una realtà brutale, che non fa sognare, proprio terra terra.

Con i depressi e con gli ossessivi io faccio il contratto con più o meno severità; con un paziente di questo tipo, ad esempio, se mi porta un assegno dicendomi: "Sa per me è difficile pagare in contanti, perché di solito se ne occupa la mia segretaria ed io giro sempre senza soldi", lascio passare la cosa. Ma con l'isterica non c'è scusante. Insisto sul pagamento, conto i denari e verifico se manca qualcosa o se mi sta dando di più. Se li prendo senza contarli e poi devo dire che non erano giusti il paziente potrebbe ribattere che lui invece li aveva contati ed erano esatti. Dico anche, se mi chiedono come mai mi comporti così, che fa parte del mio mestiere, e aggiungo: "E' meglio nella terapia che lei mi paghi in contanti, perché noi abbiamo una relazione molto intima, perciò c'è bisogno che anche il pagamento non sia con un assegno, che non sia un atto neutro". E' la verità. Non faccio nessuna interpretazione, non permetto di ricostruire la vita dalle origini, ribadisco: "Lasciamo stare mamma e papà, ognuno di noi ha una biografia, questo è normale. Il problema è che cosa sia successo nella sua vita da causarle questa situazione. La causa non è nell'infanzia, è qualcosa che è successo ed è cresciuto in lei, che un giorno c'era e lei ha imparato a viverci insieme." Bisogna stare molto attenti a non togliere l'ultima sicurezza che il paziente ha. Bisogna parlare un po' attorno all'ultima verità, perché ognuno di noi crea la sua patologia, non il proprio padre e la propria madre.

INT: Non ho capito, se dice alla paziente che dobbiamo capire che cosa sia successo nella sua vita che abbia creato la sua patologia, quel “che cosa è successo nella sua vita” non è ritornare alla sua biografia?

CREMERIUS: Non credo. La biografia non spiega niente, perché ci sono tanti fattori che il paziente non conosce. Un esempio molto classico, pubblicato qualche tempo fa: il paziente racconta che suo padre e sua madre soffrivano di una patologia tremenda, e descrive come ne ha sofferto, come era impossibile sviluppare una vera esistenza. Ma c’era stata anche una semplice circostanza e cioè che nell’appartamento vicino c’era un vedovo di 65 anni, solo, e il bambino si recava a trovarlo, perché lo salutava sempre gentilmente per strada, gli offriva dei cioccolatini, ed aveva trovato in lui un padre nuovo che dà tutto, ma nel racconto dimentica questo sostituto, perché vuole che io lo veda come una vittima. Ogni biografia è una tendenza a sedurre l’analista, conducendolo su una strada sbagliata. Non conosciamo la parte genetica, non conosciamo l’ambiente vero. Per esempio: arriva un tipo molto vitale ed irrequieto. La madre invece è un po’ timida, leggermente disturbata, quando questo “robusto giovanotto” aveva due o tre mesi, prendeva il seno, lo succhiava avidamente, si aggrappava con le mani, cominciava a camminare, lei ne era quasi spaventata perché non sapeva come comportarsi con questa “bestiolina”. Il paziente non lo può ricordare, perché la patologia è molto profonda, si rivolse a me per una patologia ossessiva, perché la mamma con la sua paura aveva bloccato ogni suo impulso. Siccome ogni bambino vuole l’amore della madre, così lui aveva rinunciato a delle parti di sé, ed alla fine è diventato un bravo impiegato dello Stato, affetto da costipazione cronica, senza valore personale. E’ uno sbaglio enorme seguire il paziente sulla sua strada, anche se è molto facile lavorare con questa teoria. Io posso dormire sulla mia sedia, il paziente, soprattutto l’isterico, racconta per mesi, anni.

INT: Quindi non far raccontare la biografia, ma tener presente che tutto è accaduto nello sviluppo genetico...

CREMERIUS: E se il paziente parla della sua vita, ascoltiamo un po’ una settimana, due, per un mese in modo che il paziente da solo si chieda: “Cosa sto facendo?”. Oppure, e questa è la mia tecnica attiva, volta per volta, io dico: “Ho ascoltato, ho sentito, ho capito quello che mi ha voluto dire, ma ho il sospetto che ci sia una tendenza a fuggire”. Faccio questo continuamente, lo stesso movimento, senza interrompere, senza proibire. E così questo movimento, un “micro-movimento”, descrive l’impulso e la difesa. E’ difficile da trasmettere, ma è proprio in questo che il paziente vive.

Per farla breve, perché abbiamo ancora la depressione da trattare, mi concentro sulla meta, sullo scopo che voglio raggiungere con la paziente isterica. Che cosa vogliamo? Attraverso la nostra presenza regolare, stabile, in una cornice sempre uguale, vogliamo offrire al nostro paziente quello che lui non ha: stabilità, sostegno, contenimento, più attraverso quello che facciamo, che quello che diciamo. Il fine ultimo è trovare qualcosa di autentico, capire che nella vita del paziente, nella condizione in cui vive, c’è una differenza tra mondo fittizio ed esistenza. Questo è il punto, ed è difficile arrivarci senza offendere, perciò la terapia dell’isteria è estremamente difficile. Sono provocanti, si annoiano, ci feriscono. Ricordo nei primi anni a Monaco, eravamo sei assistenti della Clinica, un piccolo gruppo di ricerca sull’isteria, la cosa impressionante era che ognuno di noi aveva fallito nel trattamento. Abbiamo trovato che è quasi impossibile come uomini intervenire, uno era stato troppo materno, troppo gentile, l’altro troppo maschio e si lasciava sedurre verso l’intimità, la sessualità, altri invece si erano troppo difesi. Abbiamo imparato molto attraverso lo studio delle nostre reazioni sull’isteria.

LA DEPRESSIONE.

Questo è il nucleo della teoria: i depressi vivono il mondo come qualcosa che pretende, domanda, tutti vogliono qualcosa da loro e sono come “una bocca aperta”; il maestro a scuola ad esempio lo vivono come uno che chiedeva troppo, non sentono il bisogno di imparare. Noi siamo soggetti, vogliamo imparare, vogliamo una relazione con un amico o un’amica, per loro, invece, è sempre il contrario, si sentono l’oggetto, il libro c’è perché deve essere letto. Tutto richiede qualcosa da loro. Il mondo diventa orribile se si è affetti da questa patologia.

INT: Questo accade a causa di quello che dicevo prima, a causa della mamma che ha sempre preteso troppo dal bambino.

CREMERIUS: Sì, questa è la storia, la situazione genetica. i depressi pensano: “Gli altri vivono la loro vita e io invece la subisco, tutti vogliono qualcosa da me”, e la conseguenza molto semplicemente è: “Devo fare il possibile per soddisfare questa istanza”. Questo è il punto di nascita del Super io “Se il mondo pretende da me, io rispondo con un’azione, voglio soddisfare questo oggetto, mamma, maestro, moglie o lavoro che sia”. Non con il piacere di chi vuol far carriera e desidera, ad esempio, diventare direttore perché questo gli procura piacere, distinzione, ma come reazione alla pretesa.

L’Io non può diventare un Io che prova piacere, l’Io non ha altra possibilità che diventare lo schiavo del Super io, entrare al servizio del Super io, e questo è un problema per la tecnica. Noi lavoriamo con l’Io, il nostro alleato è l’Io, perché l’Io è lo strumento della difesa, il paziente può capire la sua nevrosi soltanto attraverso la funzione cognitiva dell’Io, e se l’Io non c’è o è difettoso o alleato del Super io, noi non abbiamo un alleato, abbiamo di fronte un Super io.

Questo è il nucleo della proposta di oggi, perché sono concentrato non sulla pressione genetica, cioè da dove venga la nevrosi, perché questo ci è noto, ci sono centinaia di libri con delle tesi sulle origini della nevrosi; io sono un clinico, credo poco in questi aspetti teorici, ho sempre lavorato con pazienti in clinica e ho sempre avuto il problema di curare i pazienti. Cosa si fa quando non c’è un alleato vivo, diretto ma questo è difettoso? Si può paragonare questa forma di patologia con quella del masochismo. E’ la nevrosi stessa che crea il problema, perché il depresso ripete la nevrosi intera, come il masochista, e se non trovo una strada per entrare in contatto con lui, le sedute diventano la ripetizione della struttura del paziente.

La fantasia del paziente è: “Il mio analista vuole che io faccia bene l’analisi, ottime associazioni” ed io non posso inserirmi con degli interventi, perché è naturale per il paziente con un Super io quale io ho descritto entrare ben preparato alle sedute e fare il bravo ragazzo, ma non come nell’isteria. Si comporta così per far piacere all’analista, ma senza alcun godimento da parte sua, è un meccanismo completamente autonomo, e perciò è difficile intervenire soprattutto nelle forme gravi.

Il primo passo è il mondo che pretende, il secondo passo è lo sviluppo del Super-io, “Io devo soddisfare, devo fare, devo comportarmi in maniera da rispondere alle pretese, devo raggiungere ciò che l’Io si prefigge, il libro deve essere letto e alla fine devo sapere che cosa c’è scritto, perché nel caso che qualcuno me lo chieda devo essere in grado di raccontare ciò che ho letto”. Il paziente ha sempre in mente sua madre che chiede: “Hai capito quello che ti ho detto?”. Il terzo passo nella teoria è che siccome nessuno è in grado, in questo sistema, di soddisfare se stesso e il mondo circostante, questa bocca di coccodrillo che mangia e mangia, è presente un sentimento di colpa. Questi sono i tre passi per la patologia depressiva. Questo è il nucleo, se si hanno in mente questi tre punti, si può sviluppare una tecnica. Come sempre per noi analisti il primo punto è stare attenti a non entrare nel sistema, a non essere un soggetto che chiede, che pretende qualcosa da lui. Quindi bisogna essere molto leggeri nella regola fondamentale, avere una cornice molto mobile, che possa essere modificata. C’è in questo un aspetto provocatorio: più esco dal sistema, più aumento la paura nel paziente, perché non sa più che cosa deve fare, perché io cambio modello. Se lui è bravo, lavora

e parla per 45 minuti, io non gli dico che è bravo e non gli chiedo di più, non dico come spesso si fa: “Sì, ma qui manca ancora un punto”. Siamo con lui la mamma buona che vuole solo bene e che non pretende. Non ci sono solo le parole, si è attenti a creare una certa atmosfera anche con il comportamento che tengo con lui, come lo saluto, come intervengo se lo vedo muovere le gambe sul lettino: “Non si sente bene, non è a suo agio, ha forse bisogno di un cuscino?” Non gli permetto di crearsi la fantasia che io sia uno che lo vuole mangiare, che chiede e lui non può far altro che soddisfarmi. No, io gli offro qualcosa di buono! Sto molto attento ai piccoli segnali che ha già usato in situazioni analoghe con sua madre senza che lei li capisse. Ad esempio lui ha detto: “Oggi ho mal di testa, mal di pancia”, e la sua mamma ha risposto: “Non mi interessa, avanti coraggio, tu sei un ragazzo forte!”

Abbiamo già detto di non ritornare all’infanzia, se il paziente cerca di riprendere l’argomento e di raccontare la sua vita con la mamma lo esorto: “Lasci stare, quelle sono storie passate, noi siamo qui insieme per capire qualcosa che riguarda il momento attuale”. Esplicito il problema: “Lei vuole bene a sua moglie ma la sera non può fare l’amore con lei perché pensa di aver fatto tanti sbagli durante la giornata e non si può permettere il coito. Lasciamo quelle vecchie storie, abbiamo abbastanza materiale, basta questo per lavorare e per capire”. Sono molto drastico nel chiudere la porta verso il passato, e riprendo il motivo per il quale il paziente ha chiesto l’analisi.

Non mi dilungherò qui a parlare del lavoro sul Super io, perché è stato pubblicato in italiano il mio saggio sul Super io e sul trattamento del paziente con un Super io patologico. Potete leggerlo, perché tratta in modo specifico la genesi della depressione.

INT: Dove lo troviamo?

CREMERIUS: Nel secondo volume, “Limiti e possibilità della tecnica psicoanalitica”, mi sembra. Io dimentico quello che ho fatto nel passato perché ora mi occupo di qualcosa di nuovo.

Ho scritto che è un lavoro che dura tanto tempo, un anno, due anni, è un lavoro duro, arido, senza gratificazioni, perché il depresso è come una noce difficile da aprire. Finché finalmente, e questa è l’uscita dal sistema, arriviamo a qualcosa che il paziente può vedere di bello, fuori o dentro di sé. Ad esempio una strada per me è questa: il paziente in una seduta ha prodotto libere associazioni, io lo interrompo ad un certo momento e gli dico: “Perbacco, questo è proprio una grande capacità di insight, in questo momento io vedo che dentro di lei ci sono delle cose che lei forse non conosce ancora”. E questo movimento lo faccio ogni tanto se ho la possibilità di intervenire, non come un Super io che valuta, ma prendo in considerazione aspetti anche piccoli, e cerco di gratificarlo rimandandogli come siano belli, creativi, di come mi piacciono, non gli dico che è bravo, come faceva la sua mamma. E se continuo a fare questo il paziente comincia ad essere attratto da questo mondo. Lentamente lui procede scoprendo, attraverso il sistema del Super io e della colpa, lo strumento per bloccare il sentire, di provare curiosità per le cose che stanno dietro al sistema. Una cosa che riferisco al paziente è che gli sono grato per quello che mi dà, opero un’inversione di ruolo e in una certa seduta, lo interrompo dicendo: “Un momento, proprio ora ho capito qualcosa della teoria della nevrosi, lei mi ha aiutato, ho un’intuizione”, ed il paziente mi chiede: “Ma come mai?” e io: “Sì, lei mi ha aiutato a capire la connessione tra...”, oppure rido e gli dico: “Queste sue parole sono brillanti ed è piacevole ascoltarle poiché lei è capace di formulare bene il suo pensiero”. Lui si difenderà senz’altro: “Ma come, non è niente, lei lo dice come analista, come professionista, perché è suo dovere, lei scherza, vuole farmi coraggio”, ed io insisto dicendo che è veramente il mio piacere, e dato che sono ostinato, e lo faccio ogni volta, il paziente... questo è importante: tenere il filo. In qualsiasi terapia, con qualsiasi paziente, non saltare da seduta a seduta, le sedute devono essere come “perle su un filo”.

INT: E’ una bella immagine!

INT: L'analista quando dice questo enfatizza qualcosa, però si riferirà a qualcosa che c'è veramente in quel momento...

CREMERIUS: E deve essere vero, mai fare complimenti su qualcosa che non c'è. Un altro aspetto che forse non ho precisato nel lavoro sul Super io è l'aggressività del depresso. I pazienti quando si sentono delusi dall'analista, perché non dà loro la soddisfazione che gli procurava la mamma, come ad esempio: "Bravo, bravo hai fatto bene, un'ottima analisi", si arrabbiano, perché non sanno cosa fare in un mondo che non è più il loro mondo, precipitano in un 'buco', e per non cadere in una depressione secondaria, attaccano.

Se noi capiamo il collegamento e riusciamo a tenerci fuori dal loro sistema, il depresso non si sente capito, diventa aggressivo, non ha altra possibilità che sentirsi frustrato. Io non gli do quello che lui è abituato a ricevere. Dobbiamo mettere in preventivo che lui cadrà in un vuoto dove non c'è nulla, perché non ha esperienze con il lottare, con il piacere di lottare, diventa aggressivo e allora c'è bisogno di offrire delle interpretazioni precise e puntuali. Il nucleo dell'interpretazione è su questo piacere precoce della mamma al primo "no" (Spitz). Allora mi ricordo che lui non ha avuto una persona che gli ha detto: "Adesso tu ti senti forte, e puoi godere a dirmi no". Come si fa? Dipende un po' dallo stile, dal temperamento dell'analista, non c'è bisogno di parlarne tanto perché ognuno lo fa a modo suo, ma il punto è che il mio piacere del no arrivi nel mondo del paziente, in modo che lui capisca che è possibile godere. Ci vuole tempo, di solito non bastano 300 sedute.

INT: Una depressa grave, che adesso è uscita dalla depressione, quando ha gratitudine per me mi dice una cosa sola: che le ho insegnato a dire no, a poterlo dire, una familiarità con il no.

CREMERIUS: Sì, in modo che il paziente capisca che questa è una cosa di cui può godere, perché io sono alleato con l'istinto, e questo glielo spiego, parlo molto in una seduta come questa, perché deve capire perché io godo, allora gli parlo un po' della teoria, gli racconto la sua depressione. Prima dico: "Ma che bello che lei può attaccarmi e dirmi di no", il paziente non capisce e dice: "Questa è tecnica, è professionalità", allora io: "No, non è professionale, il suo problema è che ha una grande difficoltà a immaginarsi il mondo come un mondo accettante, per lei è solo un mondo che richiede, che pretende e lei ha sempre voluto soddisfare il mondo. Questa è la causa della sua malattia, perché nessuno è capace di soddisfare il mondo, senza il no, senza la resistenza ci ammaliano, non possiamo vivere come oggetto-vittima, e perciò io sono molto contento che lei oggi abbia trovato qualcosa in se stesso che può esistere, dicendomi "No", o: "questo non lo accetto, questo non lo voglio". Questi sono i momenti in cui è molto importante avere una teoria chiara che possa essere spiegata al paziente con il linguaggio comune, per la nostra professione è necessario avere due lingue, non dimenticare la lingua che abbiamo appreso alla scuola elementare, con tutte le parole cattive, semplici, non ben definite ed anche sporche. Io ricordo che il mio primo analista parlava in latino con me. Io tento di essere molto normale, al di là della mia astinenza, ma se il paziente vuole parlare del tempo o di un film perché no? Permetto tutto finché non sento che è contro l'analisi. Un paziente, ad esempio, vede un film, vede qualcosa che è molto importante per il suo mondo, perché è un artista. Allora io permetto e partecipo, sono con lui, perché questa è una parte sana, perché è un creativo, perché è un artista. Non lo interrompo, si interrompe se quello che il paziente dice o fa è una resistenza e rischia di rovinare il lavoro.

La Doolittle, per settimane, ha raccontato dei suoi viaggi in Grecia e Freud non ha fatto nient'altro che raccontare che anche lui era stato in Grecia ed aveva visto le stesse cose, ha condotto la terapia nello stesso modo per tutto il tempo, in modo tale che questa donna molto disturbata potesse sviluppare un sentimento caldo di coraggio e di fiducia. Ci sono delle cose che sono così di base che vengono prima della teoria. L'analisi è semplice, se si ha in mente la struttura patologica e il fatto che noi dobbiamo creare un mondo dove il paziente si possa sentire bene. Noi interrompiamo con

l'interpretazione o con altri meccanismi, come io vi ho mostrato. Permettiamo tutto, finché non interrompe o rovina l'analisi.

Ho avuto in terapia un paziente affetto da una forma di schizofrenia, che non gli permetteva di parlare. Era un famoso flautista. Allora gli ho proposto di portare il flauto e lui ha tenuto dei veri e propri concerti durante la seduta! L'unica cosa che gli avevo è che anch'io amo la musica, e soprattutto Bach, il suo autore preferito. Ha sempre suonato Bach. Io sono un fan di Bach, lo posso sentire giorno e notte. Allora sono stato lì, ho fumato la mia pipa, ho ascoltato ed ho detto: "Peccato che sia finito", così lui lentamente ha potuto crescere. Dopo qualche mese ha dichiarato: "Adesso voglio parlare", ed ha lasciato il flauto a casa, tutto si può fare, tranne ciò che non serve per l'analisi. Questo flauto era uno strumento con cui lui poteva dialogare con me, ha avuto fortuna, perché io sono un amante di Bach, e potevo godere e capire la sua musica, una vera fortuna!

INT: Quindi paradossalmente le tecniche classiche dell'analisi possono essere coordinate all'analisi...

CREMERIUS: Sì, ma ci vuole tutto. Ci sono regole basilari. Questa è una regola basilare, creare un clima buono, essere una persona che vuole bene all'altro, preparare una tavola ospitale, piena di buone cose. Bisogna tentare di non dimenticare che io sono ammalato, che sono un uomo di 83 anni, ho un problema al cuore che non posso risolvere, nella mia vita ho avuto problemi, non dimenticare... Se ripenso agli anni in cui sono andato ai convegni dell'IPA, mi ricordo lo schifo nel vedere questi analisti che facevano finta di essere degli dei. Non dimenticherò mai a Copenaghen una notte in cui tutti avevano bevuto molto, si erano tolti le giacche mostrando le pance, il loro grasso, ho pensato: "Mio Dio! Che schifo".

Questo ho imparato da Morgenthaler nel libro sulla tecnica, tradotto in italiano, leggetelo più volte, ci sono capitoli in cui lui parla degli incontri, è geniale. E' stato un grande amico mio e di Annamaria.