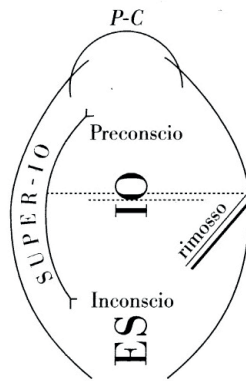


MAURO MANICA

Ascoltare con l'inconscio

Alcuni casi clinici esemplari

(Freud, Klein, Kohut, Little, Guntrip, Bion, Ogden)



Prefazione di *Vittorio Lingiardi*

Collana **I territori della Psiche**

diretta da *Doriano Fasoli*

Board Scientifico: *Alberto Angelini, Andrea Baldassarro, Nicoletta Bonanome, Marina Breccia, Carla Busato Barbaglio, Nelly Cappelli, Giuseppina Castiglia, Domenico Chianese, Cristiano Cimino, Antonio Di Ciaccia, Riccardo Galiani, Roberta Guarnieri, Lucio Russo, Marcello Turno, Adamo Vergine (†)*



Alpes Italia srl - Via G. Romagnosi 3 - 00196 Roma
tel./fax 06-39738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl - Via G. Romagnosi, 3 – 00196 Roma, tel./fax 06-39738315

I edizione, 2022

Mauro Manica Psichiatra e psicoanalista, già responsabile del Servizio Ambulatoriale del Dipartimento di Salute Mentale dell' Asl 13 di Novara (sino al 2001), è membro ordinario con funzioni di training della SPI e dell'IPA. Oltre a diversi articoli su riviste scientifiche italiane e internazionali ed in volumi collettanei, ha pubblicato i libri *Guardare nell'ombra. Saggi di psichiatria psicoanalitica* (1999), *Psicoanalisi in situazioni estreme* (2004), *Il suicidio. Amore tragico, tragedia d'amore* (con E. Borgna e A. Pagnoni, 2006), *La musica della psicoanalisi* (2007), *Fare psicoanalisi, vivere la clinica, sognare la teoria* (2010), *Ogni angelo è tremendo. Esplorazioni ai confini della teoria e della clinica psicoanalitica* (2013), *Intercettare il sogno. Sviluppi traumatici e progressione onirica nel discorso psicoanalitico* (2014) presso le Edizioni Borla, *L'arte di guarire. Breviario di psicoanalisi contemporanea* (2016) presso Franco Angeli, *Fearful Symmetry/Spaventose Simmetrie. Psicoanalisi e stati primitivi/creativi della mente* (con M.G. Oldoini, 2018) presso Celid Edizioni, *Dalla psichiatria alla psicoanalisi. Per una pratica terapeutica gentile* (2019) presso Franco Angeli, infine *Psicoanalisi del traumatico* (2020) e *Coscienza e intuizione* (2021) presso Alpes Italia. È stato redattore della *Rivista di Psicoanalisi*. Ha rappresentato la Società Psicoanalitica Italiana (SPI) in incontri scientifici con l'Associazione Psicoanalitica Argentina (APA) e con la Società Francese di Psicoanalisi (SPP). È stato relatore al 44th Congresso dell'IPA (Rio de Janeiro, luglio 2005), al 46th Congresso dell'IPA (Chicago, luglio 2009) ricevendo il Ticho award, e al 49th Congresso dell'IPA (Boston, luglio 2015). Alcuni suoi lavori sono stati tradotti in Francia, in America Latina e negli Stati Uniti. Attualmente lavora in ambito privato come psicoanalista.

In copertina: "Dubbi" (2018) di Elisabetta Castello.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633 e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

Indice generale

PREFAZIONE DI VITTORIO LINGIARDI	V
INTRODUZIONE	VII
1. SIGMUND FREUD: <i>il caso di Sergej (e di Sergio)</i>	1
2. MELANIE KLEIN: <i>il caso di Richard</i>	13
3. HEINZ KOHUT: <i>il caso del signor Z</i>	21
4. MARGARET LITTLE: <i>il caso di Margherita</i>	35
5. HARRY GUNTRIP: <i>il caso del piccolo Harry</i>	41
6. WILFRED BION: <i>il caso del dottor B</i>	47
7. THOMAS OGDEN: <i>il caso del signor V</i>	59
8. <i>Il caso di Zeno</i>	65
9. MELANIE KLEIN E DONALD WINNICOTT COME PSICOANALISTI: <i>riflessioni sulla tecnica analitica in una prospettiva post-bioniana</i>	123
Glossario	141
Bibliografia	149

Prefazione

Vittorio Lingiardi

*Nessun uomo è un'isola [...]
La morte di qualsiasi uomo mi
sminuisce perché io sono parte
dell'umanità. E dunque non
chiedere mai per chi suona
la campana. Suona per te.*

(John Donne, *Sermone*)

L'inconscio non ha orecchie eppure sa ascoltare. Freud lo descrive come un «organo ricevente» rivolto all'«inconscio del malato che trasmette» e azzarda una metafora tele-radiofonica molto prima che i sistemi di comunicazione diventassero il cuore, talvolta purtroppo di tenebra, del nostro sistema sociale. Non poteva prevedere che, un secolo dopo, una pandemia si sarebbe abbattuta sul pianeta costringendo pazienti e analisti a diventare apprendisti di sedute online. Per più di un anno, un anno di preoccupazione e di solidarietà, anziché «due persone che parlano in una stanza», secondo la bellissima definizione di psicoanalisi scelta da Luciana Nissim Momi-gliano, siamo stati «due persone che parlano in due stanze, collegati da un *device*». Eppure, anche in questo frangente estremo, l'ascolto, che è disposizione all'ascolto, non si è interrotto. Del resto, lo affermava Jung, il terapeuta è un guaritore ferito «chiamato in causa con tutto il suo essere». Queste considerazioni nomadi, che partono dal suggestivo titolo scelto da Mauro Manica per il suo nuovo libro, certo non rendono conto dell'enorme lavoro di scrittura e pensiero contenuto nelle pagine che state per leggere. Manica ha avuto l'idea di raccontare (e ascoltare) la psicoanalisi attraverso casi «esemplari» (compreso un suo caso che è anche un «battesimo del fuoco») e sono sicuro che questa idea catturerà molti di voi come ha subito catturato me. *Ascoltare con l'inconscio* è un'opera armoniosa, composta da registri diversi – l'impianto teorico, l'itinerario storico, l'approfondimento clinico – che una sapiente voce narrativa sa tenere in equilibrio dialettico. L'autore si augura lettrici e lettori «curiosi, forse indisciplinati, anche sognatori»: non sono aggettivi perfetti anche per descrivere ogni vera traversata psicoanalitica?

Introduzione

*Non chiederci la parola che squadri da ogni lato
l'animo nostro informe e a lettere di fuoco
lo dichiari e risplenda come un croco
perduto in mezzo a un polveroso prato.*

*...
Non domandarci la formula che mondi possa aprirti,
sì qualche storta sillaba e secca come un ramo.
Codesto solo oggi possiamo dirti,
ciò che non siamo, ciò che non vogliamo.*

Eugenio Montale, *Ossi di seppia*

Sin dalle sue origini, la psicoanalisi si è affermata e ha teso a definirsi come scienza dell'inconscio. Certo, una disciplina di confine, sempre sollecitata tanto dalla necessità di dotarsi di solide premesse scientifiche quanto dalla vocazione di potersi esprimere come una forma di arte o, per lo meno, come una forma di conoscenza ermeneutica. Ma ancor più problematicamente, la psicoanalisi si è trovata di fronte al difficile compito di comporre e di dialettizzare, al proprio interno, il confronto tra anime diverse e in apparente contrasto: la necessità di dichiarare un'appartenenza all'ambito delle scienze della natura e il richiamo a darsi come una scienza dell'uomo; la vocazione monista da un lato, generata dalla tensione implicita a rivolgersi alla "persona" come entità globale e, dall'altro, l'assedio portato da una serie di dualismi: mente/corpo, innanzitutto; conscio/inconscio; verità/realtà; verità, poi, come corrispondenza e verità da intendersi come coerenza.

Così Freud (1912) si è trovato a dover costruire un apparato di "regole tecniche" che consentissero di navigare in questa complessità e, al contempo, che permettessero di intercettare e dare rilievo ai processi psichici inconsci.

Come sul frontone del tempio di Apollo a Delfi è inciso l'ammonimento *Conosci te stesso*, allo stesso modo sulle porte del "tempio" della psicoanalisi Freud ha impresso le cifre del motto che fanno della psicoanalisi una forma raffinata, anzi, la forma più raffinata di comunicazione inconscia.

E allora scrive nei *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* (1912):

espresso in una formula: egli [il medico] deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette; deve disporsi rispetto all'analizzato come il ricevitore del telefono rispetto al microfono trasmittente. Come il ricevitore ritrasforma in onde sonore le oscillazioni elettriche della linea telefonica che erano state prodotte da onde sonore, così l'inconscio del medico è capace di ristabilire a partire dai derivati dell'inconscio che gli sono comunicati, questo stesso inconscio che ha determinato le associazioni del malato.

Ma se il medico dev'essere in grado di servirsi in questo modo del suo inconscio come di uno strumento per l'analisi, egli stesso deve soddisfare in ampia misura una

ASCOLTARE CON L'INCONSCIO

condizione psicologica. Non deve tollerare in sé stesso resistenza alcuna che allontani dalla sua coscienza ciò che è stato riconosciuto dal suo inconscio; egli introdurrebbe altrimenti nell'analisi una nuova specie di scelta e di deformazione, che sarebbe di gran lunga più nociva di quella provocata dalla tensione della sua attenzione cosciente (pp. 536-537).

Fondamentale è divenuto allora il fatto che nella terapia si realizzasse un'esperienza specifica, quasi propedeutica: l'analista, cioè, avrebbe dovuto comunicare al paziente il senso latente dei suoi atti, delle sue parole, dei suoi silenzi, dei suoi sintomi e soprattutto dei suoi sogni. E per *interpretazione* si è incominciato allora a intendere la costruzione di un senso che potesse prendere corpo nel lavoro analitico con lo scopo particolare di dar voce al desiderio inconscio.

Rendere Conscio (C) l'Inconscio (Inc), dar voce al desiderio infantile rimosso: siamo sicuri, rileggendo con più attenzione i “consigli” di Freud, che venisse indicato soltanto questo come finalità essenziale del lavoro analitico? Apparentemente verrebbe da rispondere di sì e, in particolare, quando l'accento freudiano sembra cadere sulla necessità di “ristabilire l'inconscio del malato” a partire dalle sue libere associazioni. Ma se prestiamo maggiore attenzione alle parole di Freud, ci possiamo accorgere di come la psicoanalisi venga qui definita, e in senso pressoché assoluto, nella sua qualità di comunicazione *tra* gli inconsci del medico e del paziente: quello stesso tipo di comunicazione che Jung riterrà fondamentale per la prassi terapeutica lungo l'intera sua opera¹; per cui Reik (1948) dirà che bisogna dedicare un “terzo orecchio” per poterla ascoltare; e quella stessa comunicazione inconscia di cui Searles (1979) sottolineerà la funzione essenziale per intercettare gli stati più psicotici della mente.

Nelle parole di Freud sembra, però, comparire anche il germe di un'intuizione che parrebbe anticipare ulteriori sviluppi del pensiero e della tecnica psicoanalitica: *il medico [...] Non deve tollerare in sé stesso resistenza alcuna che allontani dalla sua coscienza ciò che è stato riconosciuto dal suo inconscio*. È dunque l'Inc ad avere il compito di riconoscere e di mettere a disposizione della coscienza quanto può essere condiviso (oggi, forse diremmo “co-creato”) con il paziente. È il sogno che l'analista fa sulle libere associazioni del paziente, anzi, è soprattutto il sogno-della-veglia (Bion, 1992) che analista e paziente possono arrivare a sognare insieme, a fare dell'inconscio lo “strumento principale dell'analisi” (Freud, 1912). Quello stesso strumento che consentirà, molti anni più tardi, a Ogden di formulare l'idea di un *parlare come sognare* per poter conversare terapeuticamente ai confini del sogno, oppure a Grotstein (2007) e a Ferro e Carol Tarantelli (2010) di concepire, seppure

¹ Ad esempio, Jung scriveva nel 1946, a proposito della nevrosi di transfert, che non si tratta di una nevrosi ‘artificiale’, bensì è il male del paziente che diventa il male dell'analista, è un trasferimento di demoni che richiede un esorcismo e il campo diventa “un'unione”, un “*mixtum compositum*” che si realizza “quando due elementi chimici si uniscono” e inevitabilmente “si alterano”. E Jung si spingeva addirittura oltre: “È inevitabile che il medico subisca una certa influenza e che si verifichi un qualche disturbo o una qualche alterazione della sua salute nervosa. Egli si addossa, letteralmente, il male del paziente, lo condivide con lui. Perciò ne è in linea di principio minacciato, e non può non esserlo (p.)”.

da vertici differenti, ogni singola seduta e l'intero processo psicoanalitico come un vero e proprio *dreaming ensemble*².

In realtà, tra le due anime del pensiero freudiano, già nella mente del maestro sembrava aver prevalso quella "intrapsichica" e monopersonale a discapito di quella bipersonale e "intersichica". Ma pare essere stata soprattutto la scelta rassicurante e conservatrice (difensiva?) di alcuni suoi allievi ad aver sommerso e ostracizzato l'anima più intersoggettiva (quell'*intendersi tra madre e bambino*, proposto già nel *Progetto* [Freud, 1895]) del pensiero freudiano³.

E così, astinenza, neutralità e frustrazione sono diventate le premesse di una tecnica che, incentrata sull'interpretazione, rischiava di farsi arida e disumanizzante. Soprattutto quando la prescrizione dell'*astinenza*, ad esempio, è stata fraintesa ed è stata spinta oltre i limiti del divieto, indispensabile per una funzione analitica, di assumere una qualsiasi attitudine abusante da parte dell'analista, diventando invece freddezza e assenza di partecipazione umana alla sofferenza del paziente. Allo stesso modo della *neutralità* che, invece di essere intesa come accoglimento di tutte le manifestazioni delle diverse parti di cui può essere composto ogni paziente, è a volte diventata una forma di presa di distanza, di giudizio e di colpevolizzazione implicita. E dove, infine, la frustrazione del desiderio del paziente, indubbiamente necessaria in certe circostanze allo sviluppo di competenze simboliche⁴, è diventata in alcune

2 Mi riferisco al *dreaming ensemble* nel senso in cui ne ha parlato Grotstein (2007). Dove l'"ensemble del sogno" sarebbe costituito da tutti gli aspetti dell'onirico presenti nella mente (e dunque, oscillazione contenitore-contenuto, funzione alfa, barriera di contatto, legami L H K, trasformazioni) che operano sinergicamente – mantenendo un collegamento con principio di piacere/principio di realtà, finito/infinito – per attingere livelli di narrazione sempre più complessi e personalizzati. E sono allora la storia, il racconto, il mito, il sogno che ci consentono di spingerci verso la maggior conoscibilità possibile della Verità: di O, della cosa in sé, della verità ultima, ma anche di quella verità storicizzabile di cui è portatore il transfert.

Ma l'*ensemble* onirico, può anche essere inteso come una capacità di *dreaming ensemble* di paziente e analista. E in questo modo lo spettro dell'onirico si espande in un modo che mai era avvenuto prima e che permette alla psicoanalisi di dotarsi di nuovi modelli in cui è possibile considerare sia il formarsi di una nuova identità, quella del "campo" (Ferro, 2010) comune a paziente e analista e risultato della vita mentale di entrambi; sia l'area intermedia del "terzo analitico intersoggettivo" (Ogden, 2005) dove il sognare diviene quasi un fenomeno transizionale che è prodotto dal paziente e dall'analista e al tempo stesso da nessuno di loro due; sia l'eventualità che le stesse teorie psicoanalitiche possano darsi come il prodotto "onirico e poetico" delle capacità creative della coppia analitica: un sogno dell'analista, i cui resti diurni sono forniti dal paziente e sollecitano un lavoro di trasformazione (Manica, 2007, 2010).

3 In questa prospettiva, non è stato un caso che autori come Jung, Ferenczi, Tausk o Bion, in epoche diverse siano stati oggetto, in misura minore o maggiore, di un'ambivalenza diffidente da parte del pensiero psicoanalitico più ortodosso (Manica e Oldoini, 2018). Sicuramente, Tausk e (soprattutto) Ferenczi sono stati reintegrati e ampiamente recuperati nel corpus della psicoanalisi contemporanea. Mentre diversi sono stati i destini delle opere di Jung e di Bion. Dopo decenni di ostracismo, soprattutto a causa della scomunica freudiana, è ripreso il dialogo e il confronto tra le scuole psicoanalitiche ufficiali e gli sviluppi della psicologia analitica e, in particolare, in riferimento a quegli aspetti che si sono rivelati decisamente attuali della tecnica junghiana. Invece, mentre il primo Bion è stato a tutti gli effetti riconosciuto come uno degli eredi più originali del pensiero kleiniano, l'ultimo Bion – si potrebbe quasi dire il Bion post-bioniano (Manica e Oldoini, 2018) – ha dato origine a uno dei più vitali e creativi movimenti psicoanalitici contemporanei (appunto, quello post-bioniano), ma non ha ottenuto un'accettazione unanime da parte della comunità degli psicoanalisti.

4 Bion (1970) stesso aveva collegato la genesi e lo sviluppo del pensiero alla relazione con il "non-seno", con la "non-cosa" (*nothing*) e quindi alla capacità di tollerare la frustrazione imposta dall'assenza dell'oggetto. Ma ci ha anche indicato come debba esserci stato il "seno" affinché il "non-seno" possa generare pensiero. Perché, se l'esperienza del seno non è stata adeguata e sufficiente, la "non-cosa" (*nothing*) diventa nientità (*nothing*) e in luogo del pensiero possono generarsi solo vuoto e terrore senza nome.

occasioni disconoscimento dei bisogni e quindi promotrice di una *frustrazione* traumatica. È stato senza dubbio merito di Winnicott (1956) quello di aver dotato la psicoanalisi di una teoria dei bisogni accanto a quella del desiderio e, in particolare, nel lavoro dedicato a *La preoccupazione materna primaria*, dove, dopo aver citato Anna Freud a proposito del rapporto primario, osserva con indiscutibile chiarezza:

mi sembra che l'introduzione della parola "bisogno" al posto della parola "desiderio" sia molto importante per la formulazione della nostra teoria, ma avrei preferito che Anna Freud non avesse usato qui le parole "soddisfazione" e "frustrazione"; si può rispondere o no ad un bisogno, e l'effetto non è lo stesso che quello della soddisfazione o della frustrazione della pulsione dell'Es (p. 358).

La differenza è fondamentale: il mancato soddisfacimento di un desiderio provoca una frustrazione che può essere tollerata e può addirittura generare pensiero e capacità rappresentative; la frustrazione di un bisogno, invece, genera nel bambino delle reazioni che interrompono la "continuità dell'essere" esponendolo a una *minaccia di annichimento*. E Winnicott (1958) scrive: "Questa è per me un'angoscia primitiva molto reale, che precede di gran lunga qualunque angoscia che includa la parola morte nella sua descrizione" (p. 361).

Sono parole forti e indimenticabili, queste, del discorso winnicottiano e che vengono pronunciate senza che sia spostata la centralità dell'azione analitica: "è l'inconscio del paziente che guida ed è esso solo che va ricercato" (Winnicott, 1956, p. 353). Non vi è a questo livello nessuna distinzione tra pazienti nevrotici e pazienti non-nevrotici, in ogni caso l'analista, o meglio l'inconscio dell'analista, deve essere preparato a seguire il processo inconscio del paziente se non vuole assumere un atteggiamento invadente e direttivo che esulerebbe dal suo ruolo di psicoanalista.

Abbiamo appreso dalla lezione freudiana come intercettare e trasformare attraverso il lavoro interpretativo un *desiderio* rimosso, in presenza però di un Io sostanzialmente intatto. Come si intercetta invece un *bisogno* che è stato traumatizzato, e quindi dissociato o scisso, per effetto di una carenza delle cure primarie?

Innanzitutto, non possiamo dimenticare quei passaggi dell'insegnamento bioniano che ci hanno mostrato come, nella situazione immaginaria in cui il bambino segnala il proprio bisogno di cibo prima di esserne consapevole, il "bisogno del seno" sia una sensazione e come questa sensazione venga sperimentata come la presenza di un "seno cattivo". Allora: "Il bambino – osserva Bion (1962) – non sente di aver bisogno di un seno buono, sente invece che ha bisogno di mandar via un seno cattivo" (p. 70). E allo stesso modo, quando il nutrimento (l'allattamento) avviene senza amore, anche qui il "bisogno di seno buono", è un bisogno di eliminare un "seno cattivo". Le assenze, cioè, le mancanze, non solo creano vuoto e abbandono, ma generano "nientità", un *nothing* associato a gradi più o meno rilevanti di persecutorietà, sino ad arrivare al terrore senza nome.

Così, l'intolleranza alla frustrazione può raggiungere una intensità tale da interferire con qualsiasi possibilità di mentalizzazione o, esprimendosi in termini win-

nicottiani, da infrangere la continuità del sentimento di esistere come se stessi: oppure, io direi, da annichilire qualsiasi autentica esperienza di *meità* (Manica, 2014).

E Winnicott (1955) ci ha indicato come in queste forme cliniche del transfert la situazione analitica diventi più importante dell'interpretazione: l'accento tecnico deve spostarsi da quanto l'analista "dice" a quanto l'analista "fa" e, soprattutto, a quanto l'analista "è" in termini di equazione personale/professionale e di attenzione nei confronti di tutti quei particolari che riguardano la conduzione dell'analisi (i gesti, le posture, il tono della voce, la disposizione empatica, la regolarità, il ritmo e il "clima" delle sedute).

E ancora Bion (1962) ci ha mostrato come a questi livelli di esperienza, o di *non*-esperienza, e di impossibilità da parte del paziente di apprendere dall'esperienza, non sono le interpretazioni ortodosse di transfert a produrre effetti trasformativi e terapeutici:

Scarso effetto avevano pure avuto le interpretazioni che facevano riferimento alle teorie dell'erotismo anale – nelle sue varie forme – oppure al bisogno che il paziente avvertiva di improvvisare una personalità costruita su elementi cui dava poco valore e che perciò riteneva di poter perdere senza danni. Esito identico avevano sortito interpretazioni basate sulla teoria della scissione, dell'identificazione proiettiva e della difesa dall'attacco (p.49).

Se fallisce l'interpretazione, se è la *Deutung*, lo strumento per eccellenza della tecnica analitica, a venire meno, di quali altri strumenti può dotarsi l'analista di fronte a quelle forme cliniche di transfert che sempre più frequentemente abbiamo imparato a incontrare nelle nostre stanze d'analisi? Proviamo a tornare a Bion (1962):

Mi chiedi allora se il paziente non stesse effettuando in seduta quello che [...] ho chiamato "sognare" gli eventi che si stanno vivendo: se cioè non stesse traducendo le sue impressioni sensoriali in elementi alfa. Questa supposizione si rivelò adeguata alla soluzione del problema, ma solo a tratti; essa diventò veramente dinamica soltanto quando la misi in relazione ad una funzione alfa *difettiva*, e cioè quando mi venne in mente che mi trovavo di fronte ad una incapacità di sognare dovuta ad una mancanza di elementi alfa e perciò ad un'incapacità di dormire o svegliarsi, di essere conscio o inconscio (p. 51).

In queste poche righe, il discorso bioniano sembra condensare un cambiamento catastrofico di prospettiva per tutto quanto riguarda una parte essenziale della teoria e della tecnica psicoanalitica. Se sino a questo momento si era pensato che una delle finalità fondamentali della psicoanalisi fosse quella di rendere conscio l'inconscio e che la via principale (la *via regia*) per compiere il disvelamento e la decodificazione di inaccettabili desideri infantili rimossi fosse l'interpretazione dei sogni (la *Traumdeutung*), ora ci viene detto che esiste una dimensione dell'esperienza psichica che si realizza al di là del sogno e che è inaccessibile a qualsiasi lavoro interpretativo. Questa esperienza è essenzialmente costituita dall'*impossibilità di sognare*, dovuta a un grave difetto della funzione α , che fa sì che non si possano generare quegli elementi α , indispensabili per la creazione della barriera di contatto tra conscio

ASCOLTARE CON L'INCONSCIO

e inconscio e, quindi, indispensabili per sognare e per pensare. Vengono infatti a mancare quei “mattoncini” ad alto tasso affettivo, costituiti da pittogrammi visivi, uditivi, tattili, olfattivi che, aggregandosi in modo sempre più articolato, prendono parte alla composizione tanto dei pensieri del sogno quanto dei pensieri della veglia.

Il pensiero bioniano sembra così proporre un sostanziale rovesciamento di prospettiva rispetto alla direzione della cura e alla conduzione di un'analisi: non si tratterebbe più di 'svegliare' il paziente dagli incubi della propria infanzia, rendendolo consapevole e responsabile del suo mondo fantasmatico rimosso, ma l'obiettivo principale della cura diventerebbe quello di permettere al paziente (e all'analista) di sognare gli eventi della seduta, in un campo relazionale che non può sempre dare per scontati i ruoli, ma in cui certamente conscio e inconscio possono svolgere le loro funzioni.

*Con che cosa ama la madre?*⁵ – si chiede Bion in un passaggio fondamentale di *Apprendere dall'esperienza* – Io penso che, oltre che con i canali fisici di comunicazione, il suo amore venga espresso per mezzo della reverie (Bion, 1962, p. 72).

E la reverie è uno dei fattori della funzione α della madre ed è il fattore fondamentale di quella capacità materna che consente al bambino, al di là di qualunque sia la sua dotazione di base, di modificare la propria intolleranza nei confronti del seno cattivo.

Con che cosa, allora, ama l'analista? Quali sono i fattori trasformativi che possono incidere sulla sofferenza del paziente?

Allo stesso modo della madre, dell'ambiente materno-paterno originario, possiamo pensare che sia la funzione α dell'analista a diventare uno degli strumenti più efficienti e articolati della cura psicoanalitica. E in quanto funzione complessa, la funzione α si compone di diversi fattori: è la capacità di *trasformazione in sogno* (Ferro, 2009); è *trasformazione in at-one-ment*, in quanto attitudine dell'analista a realizzare sequenze di (micro e macro) unisoni che attraverso progressive sintonizzazioni emotive contribuiscono alla creazione e allo sviluppo dei contenitori; è il *diventare l'O* del paziente, la verità della sua esperienza emotiva, per quanto sia anomica e afasica o per quanto non sia stata riconosciuta e resa credibile nell'esperienza originaria; è la *capacità di intuizione* dell'analista, che consente di unire alle sue conoscenze teoriche la sensibilità nei confronti delle variazioni individuali presentate da ogni paziente (Klein, 1961); e infine, è la *capacità di reverie*, che permette alla coppia analitica di sviluppare sempre più la capacità di sognare la seduta.

Sono però concetti, questi, o meglio sono elementi psicoanalitici che prendono senso all'interno di uno specifico modello di mente. E senza dubbio dobbiamo riconoscere che il modello bipersonale e binoculare di mente proposto da Bion non è quello a cui si è prevalentemente riferito Freud nel corso della propria intera opera. Ed è solo all'interno di un modello di mente bioniano che, ad esempio, ha senso

⁵ Il corsivo è mio.

parlare di reverie o, per lo meno, di reverie come fenomeno clinico e strumento tecnico.

Bion (1961, 1962, 1992) aveva stabilito dei riferimenti molto specifici e per nulla enigmatici nella sua definizione di reverie, e cioè che:

1. non c'è reverie senza legami di amore (L) o di odio (H), dunque, la reverie *implica* un legame: +H o +L, quando è positiva; -L o -H, quando è negativa; e la reverie *implica* che la mente sia originariamente relazionale, bipersonale e intersoggettiva;
2. la reverie riguarda l'*ignoto* ed è un prodotto dell'inconscio, di quella binocularità possibile tra inconscio e coscienza, che non si costituiscono come 'luoghi' e neppure come strutture psichiche, ma come *funzioni* che permettono il realizzarsi di trasformazioni dell'esperienza emotiva lungo un gradiente di sempre maggiore vivibilità;
3. la reverie è quel barlume di inconscio, diciamo, 'materno' (un pittogramma affettivo, un 'mattoncino' α) che permette di intercettare quel barlume di coscienza sensoriale ed emotiva ancora impensabile dalla mente 'neonatale' (protomentale), trasformando il suo β in una progressione di elementi α . Del resto – come abbiamo visto – non era stato Freud stesso a indicare nel 1912 la necessità per il "medico" di *ascoltare con l'inconscio* e a fare così dell'ascolto con l'inconscio la qualità fondamentale dell'ascolto psicoanalitico?

Inserire allora un concetto come quello di *reverie* in un modello di mente unipersonale e intrapsichico (come, ad esempio, ha recentemente tentato di fare Fred Busch [2019]) espone inevitabilmente a un rischio di contaminazione e di confusione, perché equivale al tentativo di discutere un elemento di fisica della relatività in un contesto di fisica newtoniana, manca l'idea della velocità della luce che trasforma incredibilmente la potenzialità delle masse.

Soltanto in un modello di mente bipersonale e binoculare c'è spazio per l'*intuizione* e per la reverie, che sono dei derivati o delle possibili forme di manifestazione della funzione α . E ancora una volta Bion (1970) era stato esplicito e chiaro:

Il medico può vedere, toccare e odorare mentre le realizzazioni con le quali ha a che fare l'analista non possono essere né viste né toccate: l'angoscia non ha né forma, né colore, né odore, né suono. Propongo di ricorrere per comodità al termine 'intuito' (*intuit*) e di farne in campo psicoanalitico un uso parallelo a quello che il medico fa di termini come 'vedere', 'toccare', 'odorare' e 'udire' (pp. 14-15).

E Marcella Balconi, in un'intervista del 1980, aveva detto:

"L'intuizione [...] si costruisce acquistando la capacità di osservare e poi di sintetizzare. Ad un certo punto questo processo avviene con estrema rapidità [...] Tutti possono imparare ad avere intuizione [...] Osservare vuol dire acquisire la capacità di vedere un insieme, un tutto unitario. Un tipo di osservazione che devitalizza, che si riferisce a una parte o a un settore, non serve al nostro lavoro. Tu devi avere la capacità di osservare, di sintetizzare [insomma, la capacità di intuire]; devi sempre avere la carica umana che ti fa ricercare l'intero e non la parte: l'interesse per una persona viva, non

ASCOLTARE CON L'INCONSCIO

per i pezzi di una persona. Quando incominci ad osservare in questo modo ti rendi conto di avere delle emozioni, di vivere il rapporto in un certo modo. Prendi coscienza che l'individuo che osservi è pieno di vita come te".

L'intuizione è come *the Shining*, la "luccicanza": è una facoltà che allo stesso modo di quella di Danny, il protagonista del romanzo di Stephen King e del film omonimo di Stanley Kubrick, permette di avere visioni dell'oscuro passato e intuizioni sugli eventi futuri. È una facoltà quasi 'telepatica' (una manifestazione di quella *telepatia* che era stata oggetto di grande attenzione da parte di Freud, 1890, 1900, 1901, 1921a, 1921b, 1925, 1932) che si acquisisce attraverso la propria analisi personale. Non può essere il prodotto né di un'autoanalisi né dell'attenzione fluttuante, e non è neppure un effetto di controtransfert. O ci si è arrivati attraverso il proprio percorso analitico personale e didattico o non ci si è arrivati. E questo non riguarda alcuna deriva mistica o esoterica, o addirittura mesmeriana, che può invalidare la supposta "scientificità" della psicoanalisi. Significa essere semplicemente fedeli a quell'indicazione di Freud che, come abbiamo visto, suggeriva al medico di disporre il proprio inconscio come un apparecchio telefonico, come un organo capace di ricevere le comunicazioni inconscie e inconsapevoli del paziente. O ancora più semplicemente dobbiamo arrivare a disporre di quelle capacità di sintonizzazione di cui dispone una madre sufficientemente buona quando riesce a intuire se il suo neonato piange perché ha fame o ha sonno o ha freddo oppure è angosciato e ha bisogno di sentirla sognare le sue angosce senza nome.

È un lungo viaggio quello svolto dalla psicoanalisi, o per lo meno da una parte della psicoanalisi, a partire dai presupposti fondamentali, che la fondavano come scienza dell'inconscio, come scienza dell'ascolto con l'inconscio, fino a giungere ad esplorare quegli orizzonti della clinica e della tecnica che l'hanno resa "il più efficace strumento di terapia della sofferenza psichica a nostra disposizione" (Ferro e Civitarese, 2018, p.13).

E in questo libro si vuole tentare di ripercorrere questo lungo viaggio, fatto di inevitabili ritorni e di balzi verso il futuro, scegliendo una prospettiva che possa portare nel cuore dell'esperienza psicoanalitica. Ho così scelto, per la composizione dei *primi sette capitoli*, alcuni casi clinici che si possono definire "esemplari". E sono esemplari, sia in senso letterale, perché possono essere esempi e testimonianze irripetibili di quanto effettivamente avviene nella stanza d'analisi; e sia in senso maieutico, perché aprono la possibilità non solo di apprendere, ma anche di dialogare e quasi socraticamente discutere con alcuni dei più significativi e geniali maestri della psicoanalisi.

Allora Sigmund Freud, Melanie Klein, Heinz Kohut, Margaret Little, Harry Guntrip, Wilfred R. Bion e Thomas Ogden divengono gli interlocutori di un lettore che sia disposto a imparare dalla loro genialità, ma anche dai loro inevitabili errori: del resto, riferendosi al trattamento dei pazienti più gravi, Winnicott (1955) non aveva forse considerato che "riusciamo quando falliamo"? E questi stessi maestri

divengono anche gli interlocutori di un lettore che non sia disposto ad accontentarsi di un semplice resoconto del loro lavoro, ma che al contrario sia curioso, forse indisciplinato, anche sognatore però, e fino al punto di tentare di rendere personale e vivo un materiale clinico che ripetute riletture potrebbero rischiare di rendere retorico e scontato.

L'ottavo capitolo, invece, è la riproposizione di un mio caso clinico. Il *caso di Zeno* è stato per me come una sorta di battesimo del fuoco, l'iniziazione di un 'giovane' analista ormai alla conclusione del suo training formativo personale e professionale. O per lo meno, alla conclusione di quella che viene ritenuta formalmente la formazione di una psicoanalista, perché, come mi ha insegnato Zeno e come mi hanno insegnato tutti gli altri miei pazienti, si diviene psichiatri e si diviene psicoanalisti imparando da loro. Imparando che ogni incontro psicoanalitico è un incontro drammatico, dove la sofferenza che è appartenuta alla storia del terapeuta intercetta la sofferenza di un altro essere umano. E in quell'umanità si compie un destino condiviso e co-creato che dovrebbe restituire ciascuno dei partecipanti a una vita più autentica e a nuove speranze.

In realtà, nella sua versione originale il caso di Zeno propone uno stile analitico che potrebbe essere ricondotto a una matrice fondamentalmente kleiniana e meltzeriana, per quanto si apra a contributi teorici anche di diversa estrazione, e testimonia di un assetto terapeutico che si mantiene all'interno di una cornice tecnica sostanzialmente tradizionale, direi quasi didascalica e 'didattica', dove non viene concesso un particolare spazio agli interventi non interpretativi. Ma, al tempo stesso, il report del caso sembra avere in sé anche le tracce di più o meno evidenti *memorie del futuro*: le preconcezioni di cambiamenti che sarebbero potuti avvenire, il sentore di catastrofe che, un po' come è avvenuto per Kohut, mi avrebbe condotto a un mutamento della tecnica basato su un mutamento della teoria. O meglio, sarebbe stato l'incontro delle mie preconcezioni con le realizzazioni rappresentate da tutte le analisi successive, a trasformarle in una concezione più ampia, più ricca e più vitale di un processo psicoanalitico da intendere non soltanto come forma di conoscenza ma anche come forma di cura.

Così, il *nono* (e ultimo) capitolo riprende il tema della cura in una diversa prospettiva. Osservando il lavoro di due tra i più illustri psicoanalisti, Melanie Klein e Donald Winnicott, viene avviata una riflessione sulle tecnica analitica e sulle sue evoluzioni nella psicoanalisi contemporanea.

Ritengo che la questione della "tecnica" sia di importanza fondamentale per la ricerca psicoanalitica attuale, ma anche per il futuro della psicoanalisi come teoria, e della psiconalisi come terapia. Perché, se da un punto di vista epistemologico, la tecnica si riferisce a quanto l'analista fa nella stanza d'analisi; da un punto di vista ontologico, riguarda innanzitutto ciò che l'analista è nella sua relazione con ogni paziente.