

Lee Grossman¹

Ricerca Psicoanalitica, 2005, Anno XVI, n. 1, pp. 7-19.

“Realtà psichica” ed esame di realtà nell’analisi delle difese perverse²

Traduzione dall’inglese di Maria Pia Roggero e Cristina Storino.

SOMMARIO

L’autore considera che un ampio gruppo di fenomeni clinici, di cui la perversione è l’esempio più drammatico, è caratterizzato dallo sforzo di misconoscere quelle percezioni della realtà che disturbano.

In questi casi i pazienti vengono alcune volte erroneamente caratterizzati come se vivessero in un’altra “realtà psichica”. L’autore suggerisce che i pazienti che usano difese perverse sono capaci di distinguere la fantasia dalla realtà, ma che sono motivati a crogiolarsi nel ricordo di fantasie note piuttosto che fare i conti con la visione della realtà.

Grossman suggerisce che il trattamento debba focalizzarsi sui singoli disconoscimenti del paziente riguardo alle singole percezioni della realtà.

Il trattamento nel quale la realtà psichica del paziente è vista come un “tipo” di realtà piuttosto che una fantasia può di conseguenza avviare una sorta di collusione con le difese perverse.

SUMMARY

“Psychic reality” and reality testing in the analysis of perverse defences

The author considers that a large group of clinical phenomena, of which perversion is the most dramatic example, is characterised by the effort to disavow troubling perceptions of reality. In these cases, patients are sometimes characterised-erroneously, in his view-as living in a different “psychic reality”. He suggests that patients who use perverse defenses are able to distinguish fantasy from reality, but they are motivated to refrain from testing cherished fantasies against their own view of reality. The author suggests that treatment must focus on the various disavowals of the patient’s own perceptions of reality. Treatment in which the patient’s “psychic reality” is viewed as a “kind” of reality rather than addressed as a fantasy can thus collude with perverse defences.

Il termine “realtà psichica” fu introdotto da Freud nel 1900 (vedi Arlow, 1985) per sottolineare che l’incidenza motivazionale della fantasia inconscia nelle nevrosi era importante quanto il potere della realtà.

Questa scoperta ci permette di capire le convinzioni irrealistiche e le condotte paradossali con le quali i nostri pazienti hanno a che fare. Dal momento che la nostra comprensione dell’incidenza della fantasia inconscia è aumentata, ne ha tratto vantaggio proporzionalmente anche la nostra sottolineatura sul suo ruolo all’interno del trattamento. Certe volte siamo tentati di dimenticare che “la realtà psichica” è fantasia.

Il termine “realtà psichica”, da un punto di vista letterale, è sia ridondante che fuorviante.

È ridondante perché ogni realtà è “psichica”; la percezione non è un atto passivo di ricezione o di registrazione, è, piuttosto, un processo attivo di selezione e interpretazione. La realtà “esterna” o

¹ Analista supervisore e didatta al San Francisco Psychoanalytic Institute. Professore assistente di Psichiatria all’Università di California, San Francisco.

² Il presente contributo dal titolo “Psychic Reality” and Reality Testing in the Analysis of Perverse Defences è stato pubblicato in The International Journal of Psycho-Analysis 1996, 77: 509-517. Si ringraziano l’Autore e l’Editore per la gentile concessione.

“materiale”, termini che sembrano comunicare un senso della realtà indipendente dalla percezione, è, né più né meno, che il risultato di atti percettivi e interpretativi che dipendono dalla nostra percezione individuale.

Il termine è fuorviante perché ciò che intendiamo con “realtà psichica” non è un tipo di realtà, ma una fantasia inconscia che dura nel tempo.

Se usiamo il termine di realtà psichica per sottolineare come la fantasia inconscia o non testata possa essere influente, dobbiamo sempre ricordare che si tratta di un concetto utile, ma impreciso.

Ritenere che si tratti di un’alternativa alla realtà oggettiva e che “la realtà psichica” sia, in un certo senso, allo stesso livello della realtà testata, crea la possibilità di difficoltà cliniche.

Cercherò di descrivere alcune di queste difficoltà e illustrerò come emergono nel lavoro con pazienti che usano ciò che definisco difese perverse. Poi, esporrò la mia opinione su ciò che intendo dire con esame di realtà.

Sosterrò anche che, in alcuni pazienti, la distinzione cruciale non è tra realtà “psichiche” e realtà “materiali”, ma tra la realtà verificata e la fantasia non verificata. Suggestivo che, se il concetto di “realtà psichica” eleva la fantasia al livello di “realtà” nella mente dell’analista, l’esito può essere la collusione con la confusione patologica del paziente sulla distinzione tra fantasia e realtà.

Nei pazienti le cui capacità di “esame di realtà” è intatta, il fatto di portare alla luce una fantasia può essere l’occasione per mettere in moto il processo di cambiamento; il paziente riconoscerà la fantasia come tale dopo che è stata esplicitata.

Ma c’è un ampio gruppo di pazienti la cui patologia si basa sulla tendenza a sospendere la verifica di realtà delle proprie percezioni. Si potrebbe dire che questi sono pazienti che sostengono che “la realtà psichica” è proprio reale tanto quanto la realtà testata. In questi casi, il compito analitico non è tanto lavorare sulla “realtà psichica” del paziente, ma dimostrare come e perché il paziente stia confondendo la realtà con la fantasia.

Questi pazienti negano in modo persistente e distolgono la loro attenzione da percezioni indesiderate allo scopo di evitare di mettere in discussione le proprie fantasie. Il più drammatico esempio di questa modalità lo si trova nelle perversioni, ma lo si può notare anche in una gran varietà di casi clinici che hanno in comune ciò che ho definito un’attitudine perversa verso la realtà (Grossman, 1993).

Nel lavoro con questi pazienti, pensare alla “realtà psichica” come a “un tipo” di realtà può portare inavvertitamente a evitare, in modo patologico, di distinguere la fantasia dalla realtà, cioè ad evitare la verifica di realtà.

Realtà e esame di realtà

Dal punto di vista dell’esperienza concreta, forse l’aspetto più curioso della realtà è che ogni cosa ha un nome. Si potrebbe pensare che ciò sia chiaro e scontato, ma, come Marshall McLuhan (Levenson, 1988) ha osservato, non sappiamo chi ha scoperto l’acqua, sappiamo tuttavia che non è stato un pesce.

Potremmo modificare questa affermazione, se considerassimo che cosa potrebbe essere di aiuto a un pesce nello scoprire l’acqua: lo scopritore avrebbe dovuto essere un pesce fuor d’acqua. Come uno “scopre” (cioè crea un concetto di) la realtà?

Dobbiamo supporre che succeda per contrasto, cioè che si sperimenta, attraverso una frustrazione, il fallimento di una propria aspettativa. Se è così, avviene allora una distinzione, che prima non era presente, tra l’aspettativa e la realtà, cioè tra il reale e l’immaginario.

La funzione del concetto di realtà è distinguere la realtà dalla fantasia. Nel nostro ambito, abbiamo a che fare sia con la fantasia che con la realtà. I nostri studi sull’evoluzione e l’esperienza clinica ci insegnano che

c'è un periodo cruciale nell'infanzia in cui le nostre percezioni si organizzano e si specializzano, ma che la nostra capacità di distinguere i pensieri dalle azioni, i desideri dai fatti, l'interno dall'esterno, la capacità di verificare la realtà non è ancora presente in modo stabile.

Le idee isolate dalla coscienza non sono soggette a un esame di realtà e pertanto le idee che derivano da una fantasia persistono e rimangono influenti.

Numerose scuole di psicoanalisi hanno idee contrastanti riguardo alla collocazione nel tempo o riguardo al particolare contenuto delle idee così isolate, tuttavia la ragione di questo fenomeno è nota a tutti gli analisti. Durante la vita, facciamo fantasie senza essere consci di ciò che facciamo, sogniamo o sogniamo ad occhi aperti costantemente.

Quando ci capita l'occasione di distogliere l'attenzione da questo "processo primario", che è costantemente attivo e che è alla base di ogni mentalizzazione, ad es. quando ci dedichiamo alle libere associazioni, possiamo formulare un giudizio riguardo la realtà della nostra immaginazione, di cui generalmente non notiamo la costante attività.

Un esempio: una mattina, in un periodo in cui seguivo una dieta ferrea, mi svegliai con un sentimento di vergogna e di irritazione per essere caduto nella tentazione di mangiare dei cibi proibiti. Rimasi irritato tutto il giorno, finché qualcuno mi chiese come stesse andando la dieta. Quando ci pensai, mi resi conto che non avevo trasgredito la dieta, ma che avevo sognato la trasgressione e, dal momento che continuavo a non porermi domande riguardo alla realtà dell'evento, cioè non facevo l'esame di realtà, avevo conservato l'illecita soddisfazione dello spuntino del sogno.

Grazie alle osservazioni di Freud sull'immaginazione, sappiamo che certe fantasie vengono tenute lontane dalla coscienza, poiché il loro diventare coscienti è troppo minaccioso.

Ma se si evita di confrontarsi con gli aspetti minacciosi della coscienza, ci si impedisce di porre le idee fantastiche al vaglio del test di realtà. La fatale conseguenza è che la fantasia mantiene tutto il suo potere cioè si dà per scontato che sia reale, proprio come davo per scontato di aver fatto il mio spuntino proibito, finché non si è fatta avanti l'occasione per dubitarne.

Si deve notare che la distinzione clinica tra fantasia e realtà non dipende da una definizione assoluta di "realtà" materiale e oggettiva. Lo standard di ciò che è reale è fornito dal paziente e non è connesso con la sua "realtà psichica", cioè con la fantasia inconscia. La realtà e la correlata capacità di testarla, si riferisce alla consistenza della propria esperienza per quanto concerne la sua attendibilità e prevedibilità.

Penso che ogni individuo sviluppi una capacità di giudizio per considerare se un'idea è conforme o meno alla sua esperienza reale. Se prendiamo questa impostazione come regola personale di definizione di realtà, le situazioni descritte come "realtà psichica" non sono reali, anche se sono ritenute indiscutibili, mentre se fossero testate secondo una modalità congruente con l'esperienza, sarebbero giudicate dal soggetto come non reali. (Il motivo per non fare un esame di realtà è un'altra fantasia che non è verificata).

Quando l'analista chiama in causa la fedeltà a un'idea irrealistica del paziente, sta affermando che i criteri di realtà del paziente sono stati violati. L'analista si può sbagliare, naturalmente, ma la sua aspettativa è che il paziente concordi con la realtà una volta che glielo si è fatto notare.

Realtà e difese perverse

Lo studio delle perversioni è utile per osservare le conseguenze di questa distinzione.

Nel caso del feticismo e del travestitismo, per esempio, la questione di ciò che è reale è centrale.

Lo studio sul feticismo, ha condotto Freud (1927) a notare ciò che egli chiamava una "scissione dell'io" (1940), nella quale il feticista simultaneamente sosteneva due opinioni: la percezione conscia della realtà (come percepita) che le donne non hanno il pene e il desiderio inconscio (la "realtà psichica") che abbiano il

pene, cioè che la percezione fosse un'illusione.

Vediamo i processi percettivi e l'esame di realtà nelle perversioni.

Il feticista focalizza la sua attenzione su dettagli periferici per distanziarsi dalla percezione intollerabile della mancanza di pene nella donna. Dice inoltre a se stesso che l'oggetto feticcio è qualche cosa che le donne hanno e offusca la distinzione tra feticcio e pene.

Il travestito, vestendosi come una donna, agisce il desiderio che l'apparenza femminile sia solo un'illusione; cioè che la testimonianza dei sensi può essere fuorviante, nello sforzo di disconoscere il significato della sua percezione del genitale femminile. In ognuno di questi casi il soggetto discredita l'importanza di una percezione specifica. Per fare ciò deve dapprima prendere nota di ciò che cerca di misconoscere. Il feticista e il travestito vedono i genitali femminili in modo così accurato da registrarne l'assenza e poi abbandonano le loro scoperte.

Dal momento che la letteratura sul feticismo e sul travestitismo è interessata solo a pazienti maschi, in questa parte della discussione verrà usato solo il pronome maschile.

“La scissione dell'io” alla quale Freud allude descrive la debole sostenibilità di due posizioni contraddittorie: la percezione della realtà e l'insistenza nel procedere come se la percezione non contasse, nonostante sia avvenuta in modo accurato.

Ciò è spesso descritto con la distinzione tra la realtà “psichica” che non ci sono individui senza pene e la realtà “materiale” che le donne non hanno pene (qualche cosa a cui Freud [1925] in modo curioso si riferisce come al “fatto di essere castrate”!).

Come ho detto, credo che non sia corretto riferirsi alla fantasia desiderante sostenuta dal feticista o dal travestito come “realtà” di un certo tipo, poiché egli è capace di distinguere la sua fantasia dalla sua idea di ciò che è reale. La patologia della perversione, in definitiva, non risiede nel fatto che l'individuo crede in donne falliche come parte della sua “realtà psichica”, cioè della sua fantasia, e neppure nel fatto che è incapace di distinguere la fantasia dalla realtà. La patologia risiede nell'autorizzazione che il soggetto si concede di tenere le sue amate credenze senza testarle. È preoccupato delle implicazioni che possono derivare dall'affrontare ciò che egli stesso vorrebbe riconoscere come reale se volesse permetterselo. Così getta dubbi sulla metodologia che conduce alle conclusioni indesiderate. Egli tratta i sogni come se fossero reali e le percezioni come se fossero sogni. Se lo blocchi e lo metti con le spalle al muro, può riconoscere i fatti non desiderati, ma rifiuta di accettarne le conseguenze. Questa attitudine fu espressa in modo eloquente da un ufficiale giudiziario in analisi al quale capitava occasionalmente di innamorarsi di ragazzine. Non è che non riconoscesse il vero dal falso e neppure che non fosse conscio delle potenziali conseguenze delle sue azioni. Ma, come sosteneva, “abbassava il volume della realtà” (Grossman, 1993) quando gli serviva.

Se il tipico compromesso nevrotico attua processi di trasformazione, inibizione e mascheramento quando un desiderio viene percepito come pericoloso, il compromesso perverso è di misconoscere il significato della realtà relativamente alle percezioni delle proprie azioni e delle loro conseguenze. In altre parole, si sceglie di considerare le percezioni non volute come se non fossero reali, nonostante la consapevolezza del contrario (Grossman, 1993). Un altro uomo, un avvocato, manipolava le percezioni indesiderate secondo una dialettica forense. Quando non voleva confrontarsi con una situazione fastidiosa, ne faceva oggetto di discussione. La sua espressione favorita era: “si potrebbe porre il caso che...”. In quei momenti era molto attento a non considerare se “il caso” fosse vero o falso. In altri momenti, quando metteva in evidenza qualcosa che non voleva sentire, lo accettava “tanto per discutere” o patteggiava. In altre parole, avrebbe considerato l'argomento solo a condizione che non prendessimo l'iniziativa di determinarne la verità. Nel caso dell'avvocato, i “fatti” che non tollerava non erano limitati solo alle

percezioni dei genitali femminili. Questa stessa strategia di rendere la realtà percepita come nulla di più di un oggetto di discussione, rifiutando di giudicarne la sua veridicità, era applicata ad ogni evento disturbante con cui si confrontava. Per quello che ne sapevo, non esercitavo pratiche sessuali di tipo perverso, ma aveva il medesimo atteggiamento sprezzante e pervasivo verso la realtà che noi ritroviamo nello studio della perversione, atteggiamento che lo portava a negarne il significato quando gli causava ansia.

L'atteggiamento perverso nei confronti della realtà è evidente nelle persone con franche perversioni sessuali, ma non è limitato solo ad esse. Si tratta di un gruppo molto più ampio le cui soluzioni ad un conflitto intrapsichico si incentrano su un persistente e diffuso rinnegamento¹ delle percezioni disturbanti della realtà. La mia opinione è che la perversione sessuale sia un caso particolare, una applicazione alla sfera sessuale di un modo di pensare. La caratteristica che definisce il modo perverso di pensare è che le percezioni potenzialmente disturbanti, sebbene osservate, possono essere trattate come se non esistessero. Nell'esempio di Freud sul feticismo, la realtà sconosciuta è la percezione del genitale femminile e il motivo del disconoscimento è l'angoscia di castrazione. Ma come Freud stesso notava (1927), l'uso del disconoscimento non è limitato alle perversioni sessuali. La patologia che ne deriva è una deviazione nello sviluppo che permette a certe persone di prendersi delle libertà riguardo alla veridicità delle loro sensazioni e che riescono a metterle da parte qualora le sentano come minacciose. Questo tipo di persone applicano il medesimo auto inganno della mente a tutte le realtà disturbanti. Non c'è quindi da stupirsi se queste manovre sono applicate a percezioni disturbanti della sessualità, ma è mia opinione che questa sia solo una applicazione e non la causa del modo perverso di pensare. Certamente, le conseguenze dell'uso pervasivo del rinnegamento e le relative alterazioni del senso della realtà hanno la loro migliore esemplificazione nelle perversioni sessuali. Quindi, penso abbia senso mantenere il termine "perverso" nel descrivere l'ampio uso di difese dirette contro la realtà. Credo che abbia senso ritenere che le difese perverse dipendano da una forma di disonestà, un disturbo della coscienza che permette al soggetto di agire come se fosse incapace di distinguere la fantasia dalla realtà. Come analisti sappiamo che la disonestà è un tratto umano e che ha le sue motivazioni. Arlow (1971) parla di un "Super-lo soverto dall'ansia" o, noi potremmo aggiungere, da un affetto intollerabile (Grossman, 1992). Il contributo del Superlo alla percezione e alla valutazione della realtà è compromesso nella visione perversa della realtà.

Implicazioni tecniche: un esempio clinico

Il seguente esempio può aiutare ad illustrare la qualità pervasiva di questo atteggiamento verso la realtà che sto cercando di descrivere, così come alcuni problemi di tecnica che tale atteggiamento può creare.

Lamentandosi di sua moglie, un uomo in analisi descriveva uno scambio di idee con lei che lo aveva irritato.

La moglie aveva notato un brutto neo sul braccio di lui e gli disse che avrebbe dovuto farlo vedere da un dottore. L'uomo era infastidito dalle preoccupazioni della moglie. Lei non avrebbe dovuto preoccuparlo, avrebbe invece dovuto sostenerlo e aiutarlo a smettere di preoccuparsi (io sentivo questa affermazione come un riferimento a me nel transfert, ma scelsi di non parlare di ciò per ragioni che menzionerò più avanti). Poi comunque l'uomo non era andato dal dottore.

Dopo una breve discussione, divenne chiaro che aveva notato bene il neo, ma lo aveva ignorato, dicendo a se stesso che probabilmente era sempre stato lì e la sua momentanea preoccupazione era passata. Proseguì dicendo quanto si sentisse ipocondriaco. Si chiedeva cosa c'era stato nel suo passato che lo aveva reso così incline a preoccuparsi del suo corpo.

Avevamo già approfondito questa questione importante. Era stata considerata, tra altri possibili significati, la possibilità della presenza di un bisogno masochistico di sofferenza o punizione. Ma non mi

sembrava che questo fosse un uomo che avesse bisogno di soffrire. Non c'era stato nessun accenno a tendenze autopunitive o autodistruttive. Al contrario sembrava che in passato avesse poco chiara la distinzione tra malattie reali e immaginarie, allo scopo di rassicurarsi che ogni difetto fisico fosse illusorio.

Mi ero preparato, grazie al lavoro fatto in precedenza, a commentare ad alta voce la sua affermazione che "probabilmente" il neo era sempre stato lì. Lo era o non lo era? Quando si permetteva di pensarvi, si rendeva conto di aver notato che il neo recentemente era cambiato nella misura e nell'aspetto, cosa che gli era stata fatta notare dall'osservazione di sua moglie. Ora lui era di nuovo ansioso e anzi faceva "la fantasia" di avere un cancro. Era veramente preoccupato di come rimaneva facilmente coinvolto in tali fantasie ed era impaziente di indagarne tale inclinazione.

Io commentai che ciò che lo stava preoccupando non era la fantasia, ma la realtà del cambiamento del suo neo cui lui disperatamente cercava di non dare peso col dirsi che era solo una fantasia. Il paziente sembrava riconoscersi in questa osservazione ed era in grado di associarla ad esempi simili di diniego su cui avevamo insistito in precedenza, ma voleva indagare il significato psicologico di ciò, come avevamo già fatto in passato, per esempio sulla confusione che riguardava il saper giudicare se qualcosa che aveva sperimentato era stato un sogno o una realtà. Era in grado di cogliere legami con alcune modalità con cui i suoi genitori lo avevano trattato da bambino, dicendogli che lui stava sognando quando li aveva osservati intenti a fare cose che volevano nascondere. Questa linea di pensiero era familiare e utile per un approfondimento, come si era fatto di recente in analisi. Mi sembrava che questa linea di indagine rappresentasse però un ulteriore rinnegamento. Gli dissi che pensavo che stesse cercando di tranquillizzarsi attraverso il rendere la terribile realtà fisica del neo "un problema puramente psicologico". Riconobbe il ruolo difensivo e i motivi del suo comportamento, ma la prese solo come "una interessante ipotesi". Verso lo scadere dell'ora sottolineai che c'era molto da capire riguardo i suoi modi di trattare le realtà terrificanti, ma che nessuna esplorazione dei significati delle sue azioni avrebbe reso il neo meno pericoloso o ridotto la necessità di una immediata biopsia.

Ho cercato, con questo esempio, sia di dimostrare una serie di misconoscimenti di una realtà che spaventa, sia di dare almeno un accenno alla persistenza della tendenza a negare da parte di alcuni pazienti che trovo talmente tenace da spingermi a definirla come un atteggiamento perverso verso la realtà. Alla fine dell'ora non mi limitai all'interpretazione dei dinieghi del paziente, presi anche una posizione a favore della realtà. Credo che questa sia una componente necessaria nell'analisi di pazienti di questo tipo, altrimenti l'intero lavoro analitico potrebbe essere posto al servizio dell'atteggiamento di rinnegamento, autorizzando il paziente a costruire la propria esperienza in analisi come "puramente psicologica", staccata dai propri problemi della vita reale. Ho suggerito che è ingannevole parlare della "realtà psichica" del paziente come se aderissero ad un tipo di realtà differente dalla comune realtà concreta. Ognuno di questi pazienti è in grado di giudicare che cosa è reale e cosa non lo è sulla base di propri criteri, solo che ognuno di loro fa degli sforzi per evitare le conseguenze di questa valutazione.

Ciò che è differente è l'atteggiamento nei confronti della valutazione e la riluttanza a dover tirare delle conclusioni conseguenti. Questo tipo di persona non è catturato dalla propria "realtà", né più né meno che il resto di noi, ma cerca di evaderla, per difendere una fantasia. Si definisce non realistico. Questa distinzione fa una differenza a livello clinico, specialmente ora che gli analisti sono diventati più raffinati nella loro esplorazione della epistemologia della situazione analitica. Nello sforzo di dar prova del fatto che l'analista non ha alcuna posizione privilegiata, come arbitro della realtà, alcuni analisti hanno enfatizzato la necessità di esplorare la "realtà psichica del paziente" piuttosto che proporre la propria. Schwaber (1992) per esempio, enfatizza la necessità di esplorare la "realtà psichica" del paziente, guardandola dal punto di vista del paziente.

Nel mio esempio, tale punto di vista avrebbe potuto condurmi a concentrarmi sull'esperienza che il paziente aveva nei miei confronti nel transfert, per esempio come fallimento del mio compito (come lui lo interpretava) di tenerlo lontano dalla preoccupazione. Penso che questo potrebbe essere un approccio ragionevole quando si ha a che fare con i tipici processi nevrotici. Ma il pericolo di tale approccio con un paziente come l'uomo con il neo è che userà l'attenzione alla situazione di transfert per ridimensionare la realtà per lui minacciosa, per esempio la prenderà come conferma del fatto che il problema è "solo psicologico". La situazione analitica è progettata per incoraggiare l'elaborazione della fantasia. Un paziente che è predisposto a tale atteggiamento può prendere ogni cosa che emerge in analisi e trattarla come un gioco di parole a meno che non venga esplicitata la connessione con le conseguenze reali.

La realtà del paziente e la realtà dell'analista.

Schwaber riconosce che "non esiste fatto senza teoria" e che "dobbiamo utilizzare la nostra visione del mondo per individuare quella dell'altro" (Schwaber, 1995), ma i suoi esempi clinici suggeriscono che con questo auto-monitoraggio, non solo è possibile ma anche desiderabile lavorare esclusivamente con l'esperienza del paziente, stando bene attenti a non influenzarla. Se si vuole entrare nella "realtà psichica del paziente", si deve cioè essere in grado di sospendere la propria realtà psichica.

Il punto di vista della Schwaber è chiaramente un paradosso. Ciò che l'analista sceglie di interpretare, quello che l'analista è in grado di cogliere, ciò che l'analista si lascia sfuggire, inevitabilmente incide sul campo analitico ed è determinato dalla psicologia dell'analista. Ma non è possibile entrare nell'esperienza del paziente senza modificarla. Non è possibile vedere le cose solo attraverso gli occhi del paziente. L'empatia non è fare la stessa esperienza che fa il paziente, ma comprendere ciò che significa per l'analista. Mentre la Schwaber vede il controtransfert come un'interferenza da parte dell'analista a causa del suo allontanamento dal punto di vista del paziente (Schwaber, 1992), io penso che il pericolo reale stia nella tentazione dell'analista di non vedere il fatto del paziente anche con i propri occhi. L'opinione dell'analista sul mondo interno del paziente appartiene all'analista, non al paziente. Come Renik ha mostrato, lo sforzo dell'analista di mettere da parte la propria visione soggettiva, spinge semplicemente il paziente a colludere nel mettere da parte la sua visione analitica.

D'altra parte, la visione della realtà dell'analista ha grande autorevolezza, una volta che venga riconosciuta come tale. Nel lavoro con i pazienti che negano la realtà, è necessario che l'analista dia voce alla realtà del paziente e alla sua, in particolare dove appare una qualche contraddizione o viene ignorata. Non è impossibile entrare nella realtà psichica del paziente, ma, con questi pazienti che ignorano i loro personali giudizi sulla realtà, è controproducente farlo. Mentre il concetto di realtà psichica corregge uno squilibrio nel nostro pensiero, dando alle fantasie il peso che spettano loro, il lavoro con pazienti con difese perverse deve mirare a dare alla realtà il peso che le spetta. In questi casi c'è un uso scorretto della parola "realtà psichica". Se l'analista è rispettoso del mondo fantastico del paziente al punto da trattarlo come "realtà", non riuscirà a cogliere le evasioni, le falsificazioni e gli inganni del paziente. L'analista tacitamente colluderà allora con la convinzione del paziente che la realtà dolorosa può essere trattata come se fosse solo un'illusione. In questo modo anche l'analisi diventerà una faccenda "come se", perdendo l'occasione di entrare nella vita reale del paziente. L'analisi stessa diventerà un oggetto feticcio (Renik, 1992), perché protegge il paziente dai "pericoli" della realtà. Il lavoro con questi pazienti è particolarmente difficile proprio perché la realtà del trattamento è soggetta alla stessa indifferenza delle altre realtà dolorose. Questo tipo di analisi quindi richiede diligenza e tenacia nel porre attenzione a come le varie forme di rinnegamento vengono messe in gioco. Ciò significa che l'analista deve essere attento a verificare ciò che il paziente vede come realtà e su quale delle due realtà è attestato. L'atteggiamento perverso è un'evasione

dalla responsabilità nei confronti della propria realtà. Se l'analista non si permette di dire pane al pane e di identificare questa evasione, non cercando di esplicitarne il significato perché vuole essere rispettoso della realtà psichica del paziente, abdica alla propria responsabilità di analista e non aiuta il paziente a guardare il mondo per come lui o lei sanno che deve essere.

NOTE

¹ Il termine *rinnegamento* è stato scelto ad esprimere il concetto espresso in lingua inglese con *disavowal*. Tale termine corrisponde al termine tedesco *Verleugnung* usato da Freud per indicare non la completa cancellazione della percezione di un fatto (negazione) ma una situazione in cui la percezione si è conservata ed è stata intrapresa una azione di rinnegamento del fatto.

BIBLIOGRAFIA

- Arlow J. A. (1985) The concept of psychic reality and related problems J. Am. Psychoanal. Assoc, 33: 521-535.
- Arlow J. A. (1971) Character perversion in psychoanalysis: clinical theory and practice Int. Univ. Press, Madison, CT.
- Freud S. (1900) L'interpretazione dei sogni OSF, vol. 3, Boringhieri, Torino, 1966.
- Freud S. (1925) Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi OSF, vol. 10, Boringhieri, Torino, 1978.
- Freud S. (1927) Feticismo OSF, vol. 10, Boringhieri, Torino, 1978.
- Freud S. (1939) La scissione dell'io nei meccanismi di difesa OSF, vol. 11, Boringhieri, Torino, 1979.
- Grossman L. (1992) An example of "character perversion" in a woman Psychoanal. Q., 61: 581-589.
- Grossman L. (1993) The perverse attitude toward reality Psychoanal. Q., 62: 422-436.
- Levenson E. A. (1988) Real frogs in imaginary gardens. Facts and fantasies in psychoanalysis Psychoanal. Inq., 8: 552-567.
- Renik O. (1993) Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity Psychoanal. Q., 62: 553-571.
- Renik O. (1992) Use of the analyst as a fetish Psychoanal. Q., 61: 542-563.
- Schwaber E. A. (1995) Towards a definition of the term and concept of interaction Int. J. Psychoanal., 76: 557-564.
- Schwaber E. A. (1992) Countertransference: the analyst's retreat from the patient's vantage point Int. J. Psychoanal., 73: 349-361.
- Weinshel E. M. (1986) Perceptual distortions during analysis: some observations on the role of the superego in reality testing in psychoanalysis. The science of mental conflict Analytic Press, Hillsdale, NJ.