

*Atti del Seminario di studio*  
*“Il fattore terapeutico in Psicoanalisi”*  
*Padova 5-6 ottobre 1991*

**Maria Luisa Tricoli**

Ricerca Psicoanalitica, 1992, Anno III, n. 1, pp. 35-46.

## **Le vie psicoanalitiche alla terapia**

### **SOMMARIO**

L'A. tratta il problema della valenza cognitiva o terapeutica della psicoanalisi, prendendo in esame le formule della patologia e della guarigione in Freud e nel post-freudismo, in relazione alla loro filiazione da teoria e metodo. Vengono sottolineate non tanto le diversità tra le varie posizioni quanto una loro convergenza sull'assenza teorica di soggetto e oggetto che rende impossibile la cura, intesa come intervento che, all'interno di una relazione, promuova una ristrutturazione di significati fondata su scelte soggettive.

### **SUMMARY**

#### **Psychoanalytical ways to therapy**

The Author investigates the question whether psychoanalysis is a form of knowledge or therapy. For this purpose the formula of recovery and pathology both in Freud and in Post-Freudism are examined in their connection with method and theory.

In the various attitudes examined the Author emphasizes the convergence of opinions on an extremely important conceptual point: the theoretic absence of subject and object which makes the cure impossible.

The term “cure” refers to the intervention that fosters, within a Relationship, the reconstruction of the meanings based on subjective choices.

-----

Ultimamente si è riaperto il dibattito su un problema antico: la valenza cognitiva o terapeutica della psicoanalisi.

Con le posizioni recentemente assunte da voci autorevoli, quali quelle di Grünbaum e di Sulloway, in favore della valenza esclusivamente cognitiva dell'intervento, il mondo psicoanalitico è stato sollecitato a chiedersi se la psicoanalisi sia un metodo finalizzato ad un ampliamento conoscitivo o se sia piuttosto una terapia che abbia come obiettivo una qualsiasi forma di “guarigione”.

Semplificando molto i termini della questione, si può dire che oggi considerare la psicoanalisi come suscitatrice di un allargamento della conoscenza, significa inserirsi pienamente nella più autentica tradizione freudiana in cui il comportamento umano è considerato come risultanza di vicende pulsionali e la patologia è da ascrivere ad un'incapacità dell'Io a fronteggiare adeguatamente le pulsioni sotto la spinta della realtà. E cambiamento, a cui l'intervento tende, consiste in un rafforzamento dell'Io e in un ampliamento delle sue funzioni, in modo tale che lì dove era l'Es compaia l'Io, essendo stato appianato il conflitto e ampliata la sfera del conscio a spese del rimosso. La forza dell'Io dipende dalla conoscenza che l'Io stesso ha della propria storia.

Al contrario, oggi considerare la psicoanalisi una forma di terapia significa ritenere che il comportamento si modelli sulle relazioni, oggettuali, soprattutto precoci, e che la patologia sia da ascrivere ad un disturbo evolutivo fondato su un deficit di cure ambientali che non ha consentito lo strutturarsi di un sé saldo ed intero. L'intento dell'intervento psicoanalitico è quello di risanare il deficit offrendo il modello e l'esperienza di una relazione accettante che permetta lo sviluppo del sé e renda possibile vivere in modo soddisfacente con gli altri. La forza del sé dipende dall'accettazione ricevuta.

Appare evidente che in questa seconda accezione il termine "terapia" acquista un significato particolare, poiché si sottintende che la guarigione possa essere conseguenza soltanto di un intervento che assuma nel metodo la manifestazione di un atteggiamento affettivo (holding, empatia, ecc.) da parte del terapeuta in contrapposizione alla neutralità dell'analista classico.

Le due prospettive appaiono a livello teorico divergenti e inconciliabili, tuttavia la seconda nasce storicamente dalla prima, in risposta all'esclusione, operata dal metodo freudiano, delle patologie più gravi dall'intervento psicoanalitico.

Il disagio nei confronti di una teoria emerge comunemente sul piano clinico, laddove compare un ostacolo al successo dell'intervento. È questa difficoltà che suscita la necessità di una revisione teorica del modello fino a quel momento seguito, ma la necessità si fonda di norma su una revisione metodologica già attuata. La priorità temporale del metodo sulla teoria è spesso causa di oscurità e incongruenze che rendono necessaria l'esplicitazione dei rapporti tra teoria, metodo e obiettivi dell'intervento, esplicitazione che, purtroppo, è spesso carente nella letteratura psicoanalitica contemporanea. La formula terapeutica a cui ciascun autore approda è l'espressione delle sue scelte teoriche, più o meno manifeste circa la genesi e lo sviluppo dell'individuo. Da ciò egli deriva il concetto di sanità e malattia.

Con questo intervento mi propongo di esplicitare i mutamenti delle formule della patologia e della guarigione in Freud e nel post-freudismo in relazione alla loro filiazione da teoria e metodo.

Già prima di Freud l'esigenza di scientificità propria dell'Illuminismo aveva spinto coloro che si occupavano di malattia mentale a cercare in un elemento naturale quantificabile, la causa della malattia e la spiegazione della guarigione.

Il disagio psichico veniva ricondotto ad una causa di origine fisiologica; allo stesso modo, la cura veniva a fondarsi su fattori altrettanto fisiologici quali il sonnambulismo prima e la suggestione verbale in seguito, considerati come "meccanismi nervosi" (Chertok - De Saussure, 1973).

Anche per il giovane Freud, che iniziò nel suo studio viennese la pratica a quel tempo quasi obbligata dell'ipnotismo, la causa della malattia mentale era di ordine fisiologico: si trattava di una rappresentazione inconscia rimasta incapsulata e pertanto incapace di giungere alla coscienza.

E metodo mirava alla sua scomparsa attraverso la tecnica dell'ordine impartito con autorevolezza dal medico al paziente in stato d'ipnosi. Riportando i pazienti attraverso l'ipnosi ad uno stato di non coscienza, il medico poteva con la propria razionalità e volontà "sana" eludere la coscienza del malato e agire su di lui.

Poiché il sintomo è estraneo alla coscienza, si può compiere su di esso solo un'azione di forza, sostituendo un'idea erronea con una esatta con una operazione di semplice reversibilità meccanica. L'idea esatta è quella del medico, che possiede da una parte la conoscenza di ciò che è giusto e di ciò che è errato e dall'altra l'autorevolezza sufficiente per imporla.

In questa imposizione tutta giocata sull'antica fede nei lumi settecentesca consistono cambiamento e guarigione.

Tutte le terapie ipnotiche si fondano sulla implicita convinzione dell'estraneità del disturbo alla coscienza. Il fattore terapeutico consiste di conseguenza in un'operazione di esportazione chirurgica di un corpo estraneo (Fornari, 1986). La causa della patologia non viene presa in considerazione, se non per dare per scontata la natura organica.

Freud, però, proseguendo le ricerche sull'eziogenesi della patologia, matura la convinzione che essa sia di natura traumatica, benché ciò che a lui interessa sia l'aspetto ideogeno del fenomeno. Se per Freud e Breuer l'isteria è causata dal vissuto mentale del trauma reale, che non permette ad un'idea di pervenire alla coscienza a causa della sua natura penosa, la terapia consiste nella liberazione dalla qualifica di "penoso" attribuita all'evento, in modo che la sua rappresentazione possa tornare a coscienza. Ciò è quanto il metodo persegue attraverso la verbalizzazione guidata sotto ipnosi del trauma, finalizzata alla scarica-abreazione dell'affetto. È questo il metodo catartico che prevede il ristabilimento della normalità attraverso la semplice espressione dell'affetto non chiedendosi "chi" attribuisca il significato di dolorosità all'evento e quali siano le cause e le finalità di tutta l'operazione. Tutte le terapie catartiche ignorano questo problema.

Tornando all'evoluzione del pensiero freudiano, con il metodo catartico, il sintomo, da evento misterioso spiegabile solo con la costituzione e con l'ereditarietà, comincia ad avere una sua storia legata all'individuo e alle sue vicende, anche se la rappresentazione patogena rimane sempre un infiltrato fondamentalmente estraneo al soggetto. Questa estraneità fa sì che l'elemento terapeutico rimanga ancorato al carisma personale del medico, come il ricorso alla tecnica ipnotica dimostra, vale a dire al rapporto interpersonale medico-paziente.

La constatazione, legata ad esperienze personali, che l'emersione dell'inconscio non è un fenomeno automatico, conduce alla scoperta del transfert e della resistenza e alla nascita del metodo psicoanalitico in cui alla tecnica dell'ipnotismo viene sostituita quella delle associazioni libere; in luogo della suggestione e dell'abreazione, si inizia a far ricorso all'interpretazione.

Inizialmente con la teoria dell'affetto Freud propone un modello di funzionamento, regolato dal principio di costanza, secondo il quale qualsiasi eccitamento deve essere scaricato per ristabilire l'equilibrio; se esso è collegato ad una rappresentazione incompatibile per l'Io, inteso come insieme di rappresentazioni dominanti, quest'ultima viene esclusa dalla coscienza divenendo patogena. Il metodo d'intervento consiste nel riportare alla coscienza percettiva l'idea che ne è stata scacciata in modo che, si potrebbe pensare, l'Io possa pronunciarsi su di essa. Ma in realtà non è così.

Nel VII cap. dell' "Interpretazione dei sogni", a spiegazione del patologico in luogo dell'"ammontare affettivo" compare il desiderio come espressione dei principali bisogni somatici. Dall'esperienza di soddisfacimento di tali bisogni, attraverso la quale si ripristina lo stato di benessere, nasce il desiderio che viene appagato dal ripresentarsi della percezione nella realtà o nella fantasia, mentre i desideri di soddisfacimento di esperienze riprovevoli vengono rimossi, anche se rimane oscura la natura del rimovente (concezione topica).

In seguito, a spiegazione del patologico compare la pulsione, che diventa in "Al di là del principio del piacere" istinto di morte, concettualizzato in "Analisi terminabile e interminabile" come fattore biologico-anatomico.

Questa sequenza permette di mettere in luce una costante della ricerca freudiana: la spiegazione ultima del patologico si riferisce ad un aspetto quantitativo, e quindi bio-fisiologico, in una accezione di negatività che ha le sue radici filosofiche in Hobbes.

Di conseguenza il metodo, centrato sulla conoscenza come strumento di guarigione, se da una parte rispetta il secolo dei lumi, dall'altra non risolve il paradosso di svegliare i fantasmi del desiderio per poi decapitarli (M.Foucault).

In realtà l'applicazione del metodo si traduce di volta in volta in un sotterraneo chiedere all'Io di rinunciare all'ammontare affettivo che urge dentro di lui, al desiderio, alle spinte pulsionali, all'istinto di morte e persino alla sua costituzione biologica per rassegnarsi alla realtà adeguandosi illuministicamente al consenso sociale.

Il momento dell'elaborazione teorica freudiana, in cui con più pregnanza emerge la problematicità della soluzione rinvenuta è, all'occasione della polemica con Jung, l'introduzione nella teoria del concetto di

“narcisismo”. È evidente che se l'impostazione metodologica freudiana può avere una verifica positiva in alcuni casi di nevrosi, certamente fallisce dinanzi alle psicosi.

Occuparsi del narcisismo avrebbe potuto rappresentare una revisione radicale della teoria nell'ottica della necessità di rinvenire un lo-soggetto, ma si conclude invece in un riaffermarsi della assolutizzazione spiegativa della libido.

Sviluppare la ricerca della spiegazione della malattia mentale sul piano psicologico piuttosto che su quello fisiologico, porta con sé come conseguenza la constatazione che l'ampliamento conoscitivo non è sufficiente a suscitare cambiamenti.

La formula della guarigione rimane invece la presa di coscienza, prodotta dall'attività archeologica di ricostruzione dell'analista, che richiede come prerequisito indispensabile il transfert positivo irreprensibile. L'analista elimina il transfert erotico o negativo, divenuto quindi sinonimo di disturbo psichico, rendendone il paziente consapevole con l'autorità che gli deriva dal ruolo. L'intervento freudiano rimane quindi saldamente ancorato alla suggestione (Tricoli, 1990).

Dal circolo vizioso del transfert, che finisce per eliminarsi da se stesso, si può uscire, a mio avviso, soltanto considerando analista e paziente come due soggetti che interagiscono tra loro. Di conseguenza l'intervento analitico verrebbe ad essere determinato, non solo dalla realtà storica dei due soggetti ma anche dal setting strutturato in cui esso si svolge.

Ma ciò significherebbe introdurre nella teorizzazione freudiana, saldamente ancorata al pulsionale, una prospettiva relazionale incompatibile. Come l'lo-soggetto viene escluso dalla scena analitica, così anche l'oggetto non vi può comparire poiché, ridotto al ruolo di meta della pulsione, ha valore solo in quanto, permettendo la scarica, rende possibile il ristabilimento dell'equilibrio omeostatico.

Ciò significa che, da un punto di vista teorico, l'oggetto non è determinante per lo sviluppo della vita psichica, ma viene creato mentalmente in associazione al soddisfacimento delle pulsioni di autoconservazione.

La carenza di spessore teorico dell'oggetto nella teorizzazione freudiana, il problema lasciato aperto dal narcisismo e l'impossibilità di intervento sulle patologie psicotiche suscitano intorno agli anni '50 un vasto e silenzioso movimento di ricerca diviso tra la fedeltà al padre della Psicoanalisi e l'accertamento della sua inaffidabilità almeno per una vasta categoria sintomale (Basch, 1991).

La conseguenza è il comparire di tre filoni di ricerca: la Psicologia dell'lo, le correnti delle Relazioni oggettuali e la Psicologia del Sé, che introducono nella teoria classica sostanziali mutamenti sia teorici che metodologici classici, anche i concetti di normalità e di patologia rimangono immutati. La cura consiste, come in Freud, nella “cattura del rimosso” (Hartmann - Kris, 1945) operata attraverso l'analisi delle difese.

Analizzare le difese con l'obiettivo teorico di spezzarne l'intransigenza nei confronti delle pulsioni, ripropone lo stesso problema che esiste nella seconda topica freudiana. Altro sarebbe considerare le difese come modalità storiche di costituzione dell'lo e finalizzare la loro analisi ad una ristrutturazione funzionale dell'lo stesso.

Un cambiamento decisivo nella concettualizzazione del disturbo psichico avviene con gli autori, dai tratti anche molto divergenti, che vengono accomunati nella corrente delle Relazioni Oggettuali poiché partecipano tutti dell'esigenza di rinvenire uno spazio teorico adeguato per l'oggetto e per la realtà.

Come iniziatrice della corrente delle Relazioni oggettuali viene comunemente citata M. Klein, ma non mi soffermerò su questa autrice che, pur formulando un concetto di pulsione che finisce con l'allontanarsi da quello freudiano (Greenberg - Mitchell, 1983), considera classicamente il patologico (scissione, depressione) come una realtà già predeterminata costituzionalmente dalla natura stessa della pulsione. Poiché i giochi avvengono, come in Freud, tutti nell'intrapsichico, il metodo non subisce sostanziali

mutamenti: si tratta di portare a coscienza i fantasmi innati che puntualmente si ripetono, ancora una volta per falso nesso, nel transfert.

Non parlerò neppure di un altro autore, il cui peso nella riformulazione della teoria freudiana è rilevante: Fairbairn, che approda ad un concetto di disagio psichico completamente nuovo, in cui la patologia è determinata dalla risonanza interiore delle relazioni con gli oggetti reali, ma non spinge la sua opera di revisione fino ad una riformulazione del metodo coerentemente con la mutata prospettiva teorica.

Il suo intervento, diretto a scoprire, sulla linea della Klein, gli inconsci attaccamenti alle immagini interiorizzate degli oggetti, che con i loro comportamenti reali hanno provocato la scissione dell'Io, consiste nella ricostruzione dei significati che storicamente sono stati attribuiti alla relazione. Il soggetto però, nonostante gli sforzi dell'autore, non ha posto nella teorizzazione, appiattito in meccanismi universali di funzionamento nuovamente ancorati al biologico.

Mi soffermerò invece su quegli autori che sviluppano l'esigenza di una revisione metodologica tale da permettere, nel loro intento, l'estensione dell'intervento psicoanalitico a quelle patologie che, non essendo inquadrabili come le nevrosi nei termini edipici, rimanevano escluse dalla possibilità di trattamento.

La tendenza a considerare il metodo psicoanalitico inadeguato alla guarigione, perché finalizzato ad un ampliamento conoscitivo e non ad una terapia, inizia in maniera esplicita con l'aperta contrapposizione di Ferenczi al metodo freudiano. Per questo autore il disagio psichico è il prodotto di una mancanza d'amore oggettuale; la formula terapeutica conseguentemente consiste in una compensazione che, sotto forma di autentico amore, l'analista deve elargire al paziente per ottenerne la guarigione.

La proposta di Ferenczi è quella di una terapia attiva in cui il momento del rivivere viene privilegiato rispetto al ricordare e al comprendere, essendo considerato l'unica causa della guarigione.

Altri autori che aderiscono a questa scelta metodologica, quali ad esempio Balint e Winnicott, acquiscono il carattere pedagogico- esortativo dell'intervento fino a sostenere la necessità di un "maternage" molto lontano dal metodo freudiano. Tuttavia ciò che stupisce in questi autori è che proclamino la loro fedeltà alla teoria classica, come se fosse possibile intervenire in modo consistente su metodo e tecnica senza apportare mutamenti alla teoria o viceversa.

Forse, l'adesione di questi autori alla teoria classica è dettata, come ipotizzano Greenson e Mitchell (1983), da motivi tattici legati al momento storico. Tuttavia non sembra che essi si rendano conto che l'innovazione metodologica è ancorata al cambiamento del modello teorico, che ormai lega la strutturazione del Sé alle relazioni oggettuali, e la patologia ad un deficit di cure primarie.

A riprova di ciò, si deve notare che il modello pulsionale è mantenuto in vita e affiancato a quello relazionale, in quel discutibile accostamento che è il "bifattorialismo".

Da Balint a Fairbairn, alla Mahler, fino a Modell e a Sandler, il pulsionale viene conservato come momento evolutivo successivo alla strutturazione preedipica o come manifestazione patologica determinata da esperienze primarie frustranti. Non viene, infatti, colta la problematicità della consistenza di due referenti concettuali contrapposti.

L'esponente più rappresentativo e più problematico di questa tendenza è Kohut, che ancora le sue innovazioni metodologiche ad una revisione teorica esplicita, suscitando vaste risonanze nel mondo psicoanalitico.

Il radicale cambiamento metodologico sostenuto da Kohut comporta innanzi tutto l'abbandono del ruolo neutrale dell'analista classico per l'assunzione del ruolo di genitore o di educatore. E ciò non a caso: perché si tratta infatti della conseguenza della sua scelta teorica. Se la patologia è "un disturbo di deficienza ambientale", di una carenza delle figure genitoriali che hanno provocato un blocco dello sviluppo non permettendo la strutturazione del Sé, la cura può consistere solo nell'esperienza interpersonale vissuta all'interno del setting, fondata sulla capacità di accettazione dell'analista.

Fondamento del metodo diviene non tanto l'interpretazione, quanto la funzione di oggetto-sé dell'analista che approva il bisogno e rassicura sul diritto alla soddisfazione, ponendosi come lo integro esterno in sostituzione del Sé frammentato del paziente.

In presenza di una grave frammentazione del Sé, *la situazione analitica diventa più importante dell'interpretazione*, aveva già affermato Winnicott, (ib. p. 353), intendendo per “situazione analitica” l'accoglienza dell'analista assimilabile all'holding materno.

Il metodo classico appare totalmente sovvertito poiché la teoria, ha subito un radicale mutamento: se la strutturazione dell'individuo è del tutto dipendente dalla situazione ambientale e il disturbo psichico è frutto di una carenza di accettazione, anche l'intervento analitico sarà delegato ad un intervento esterno con funzione riparativa. Soltanto attraverso un processo di accettazione, il paziente può riacquistare quella sicurezza, che gli consente prima di rispecchiarsi nell'analista senza perdersi in un'onnipotenza fine a se stessa, e in seguito di interiorizzarne l'immagine idealizzata, continuando quel processo di strutturazione del Sé interrotto nell'infanzia.

È facile notare che la forza del metodo non consiste più nell'interpretazione, ma nell'empatia, concetto estremamente ambiguo (Palamara, 1991), che tuttavia riscuote oggi molto successo.

Il concetto di “empatia” in Kohut ha una storia densa e pregnante che si snoda di pari passo con quella del concetto di “Sé”.

Dapprima come “introspezione vicariante” esprime la *capacità di pensare e sentire se stessi nella vita interiore di un'altra persona* (Kohut, 1984, p. 113): non costituisce altro che una disposizione di base dell'analista su cui innestare l'intervento. In seguito, subendo una sostanziale trasformazione, l'empatia diviene per se stessa agente di cambiamento (Lichtenberg, 1983), indispensabile motore della cura.

Ciò avviene, a parer mio, perché, a mano a mano che si abbandona come inefficace l'interpretazione classica del conflitto, che fa leva sulla forza della ricostruzione del rimosso operata dall'analista, è necessario rinvenire un altro punto di forza cui ancorare il cambiamento.

Nella teorizzazione kohutiana il punto di forza può esistere solo all'esterno del soggetto. Il Sé, infatti, definito come insieme di rappresentazioni nel '71, diviene nel '77 una macrostruttura, sostitutiva della triade strutturale freudiana e senza dubbio allusivamente indicante un soggetto personale, ma tuttavia priva di quelle caratteristiche di coscienza di sé che sono proprie del soggetto, perché totalmente dipendente nel suo sviluppo dall'esterno. In assenza di un Sé coeso, è necessario individuare un elemento che possa costituire la molla del cambiamento, poiché viene a mancare un elemento unitario cui rivolgere l'interpretazione.

In Freud la possibilità di cambiamento si fondava sulla accettazione da parte del paziente delle ricostruzioni proposte dall'analista. Ciò richiedeva come prerequisito indispensabile la fede di quest'ultimo nell'analista (transfert positivo irreprensibile). In Kohut il cambiamento consiste nell'identificazione con l'analista, in sostituzione di quella mancata con le figure parentali, identificazione che viene indotta dalla disposizione empatica dell'analista.

È difficile pensare che un cambiamento duraturo possa innestarsi su una posizione di radicale passività del soggetto. Ma se lo sviluppo è solo un fatto maturativo, le cui tappe sono prefissate costituzionalmente in un percorso che prevede arresti ma non esiti conflittuali fondati su determinanti inconsci, è conseguenze che l'intervento debba essere di tipo pedagogico-esortativo (Spacal, 1989).

Tutta l'operazione kohutiana suscita non poche perplessità anche perché, come dicevo prima, il modello pulsionale viene mantenuto in vita e affiancato a quello relazionale.

Le manifestazioni patologiche legate a conflitti pulsionali indicano per Kohut un fallimento nella sana strutturazione del Sé: solo un Sé frammentato, incapace di instaurare relazioni, si rivolge alla pura ricerca di piacere.

È necessario però chiedersi che fine faccia, da un punto di vista teorico, la pulsione, in questi autori che concettualizzano la relazione come fondamento del metodo. A me sembra che la pulsione rimanga, come in Freud, una realtà umana sostitutiva, connotata negativamente, anche se questa, posizione non viene mai esplicitata. È possibile però dedurla dal fatto che il pulsionale emerge come elemento disgregatore incontrollabile quando non esiste un Io sufficientemente coeso capace di tenerla a freno.

L'oggetto sufficientemente buono ha la funzione, ora approvando i moti pulsionali ora scoraggiandoli, di sostenere il bambino contro l'angoscia delle pulsioni che urgono dentro di lui chiedendo un'immediata soddisfazione. Grazie a quest'opera di supporto, può svilupparsi un Io integro, *un Io capace di mantenere delle difese contro l'angoscia suscitata dall'istinto, dopo averne accettata la responsabilità* (Winnicott, 1955, p. 352).

È questo un tentativo di superamento della visione esistenziale dell'ultimo Freud in cui l'uomo, nella sua lotta per una esistenza più serena, aveva scarse possibilità di vittoria nei confronti dei suoi determinanti biologici.

Tuttavia la prospettiva di base non appare sostanzialmente mutata: l'elemento costituzionale biologico rimane ancora un nemico per sua stessa natura invincibile.

Mentre per Freud la soluzione di vita consisteva nell'imbrigliamento della pulsione operato da un Io che traeva la sua forza dalla conoscenza sempre più piena dell'avversario, per gli autori delle relazioni oggettuali, caduta questa illusione, ne viene proposta un'altra: la salvezza può venire solo dall'esterno attraverso il sostegno degli oggetti primari, oppure, quando questo appoggio sia mancato nell'infanzia, attraverso la disposizione empatica dell'analista-salvatore.

Come in Freud il destino dell'uomo era affidato alla sua "buona stella", così in Winnicott e in Kohut esso dipende dalla casualità dei suoi incontri significativi e non dalle sue capacità di mettersi in gioco e in discussione (Jervis, 1989).

Come in Freud non esisteva un soggetto consapevole di sé poiché la libertà e la scelta erano risucchiate dalla forza del biologico, così negli autori delle Relazioni Oggettuali non esiste un soggetto autocosciente ma soltanto una cera molle che l'esterno può a suo piacimento plasmare. Anche l'oggetto di conseguenza si vanifica poiché gli è preclusa la possibilità di entrare in una relazione "reale" con l'oggetto, una relazione giocata sul rischio e sulla scelta dei significati attribuiti soggettivamente al rapporto.

Mi pare allora che si possa concludere, per quanto paradossale possa sembrare questa conclusione, che, a ben guardare, la posizione freudiana classica e il revisionismo post-freudiano non siano arroccati su posizioni radicalmente contrapposte, come comunemente si pensa, perché entrambi non hanno un oggetto a cui rivolgersi e, di conseguenza, neppure un oggetto come sua controparte.

Il cambiamento non può essere, quindi, operato da una scelta del soggetto, ma solo suscitato o attraverso una persuasione razionale o attraverso identificazioni indotte affettivamente.

Tutto ciò che l'analisi classica e la Psicologia del Sé possono proporre è la ricostruzione di una storia: di decorsi pulsionali rimossi o sublimati o di vicende relazionali più o meno gratificanti.

Ma oggi che la fede illuministica nell'evidenza della ragione non appare più molto convincente, è difficile pensare che una cura possa consistere in una ricostruzione, anche se fornita con autorevolezza o con empatia.

Fin tanto che sulla scena analitica non comparirà un soggetto fornito di coscienza di sé e quindi capace di scelte, non sarà possibile parlare di cura, intendendo per cura un intervento che, all'interno di una relazione, metta in moto un processo di ristrutturazione di significati fondato su scelte soggettive.

## BIBLIOGRAFIA

- Balint M. (1937) *Primi stadi dello sviluppo dell'Io. L'amore oggettuale primario in L'amore primario*, Guaraldi, Firenze, 1973.
- Basch M.F. (1990) *Où conduit la méthode psychanalytique?* *Revue franç. psychanal.* t. LIV, sept.- oct. pp. 1321 – 1325.
- Bordi S. (1988) *Valutazione e fattori mutativi in psicoterapia* Prospettive psicoan. nel lavoro istituzionale, vol. 6, gen. giu. pp. 6-19.
- Breuer J. - Freud S. (1892 - 95) *Studi sull'isteria* OSF, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Brizzolara P. (1990) *La difesa: dal soggetto all'apparato psichico* R.P. Ricerca psicoan., 1, pp. 39 – 48.
- Chertok L. - De Saussure R. (1973) *Freud prima di Freud* trad. it., Laterza, Bari, 1975.
- De Robertis D. - Tricoli M.L. (1990) *Il "vero" nesso nella relazione di Transfert* R.P. Ricerca psicoan., 1, pp. 49 – 65.
- De Robertis D. (1991) *Editoriale* R.P. Ricerca psicoan., II, pp. 5 – 19.
- Eagle M.N. (1984) *La psicoanalisi contemporanea* trad. it., Laterza, Bari, 1988.
- Eagle M.N. (1991) *Cambiamenti clinici e teorici in psicoanalisi: dai conflitti ai deficit e ai desideri ai bisogni* Psicoterapia e scienze umane, n. 1, pp. 33 – 46.
- Fairbairn R.D. (1952) *Studi psicoanalitici sulla personalità* trad. it., Boringhieri, Torino, 1970.
- Ferenczi S. - Rank O. (1924) *The development of Psychoanalysis* New York & Washington, Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- Fomari, F. (1986) *Teoria del sintomo e lettura sintomale della teoria* Riv. Psicoanal., I, pp. 1 – 56.
- Foucault, M. (1976) *Storia della sessualità* trad. it., Feltrinelli, Roma 1978.
- Freud S. (1903) *Il metodo psicoanalitico freudiano* OSF, vol. IV, Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud S. (1913-14) *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* OSF, vol. VII., Boringhieri, Torino, 1975.
- Freud S. (1914) *Per la storia del movimento psicoanalitico* OSF, vol. VII, Boringhieri, Torino, 1975.
- Freud S. (1922) *L'Io e l'Es* OSF, vol. IX Boringhieri, Torino, 1977.
- Freud S. (1924) *Autobiografia* OSF, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978.
- Freud S. (1937) *Analisi terminabile e interminabile* OSF, vol. XI, Boringhieri, Torino, 1979.
- Freud S. (1937) *Costruzioni nell'analisi* OSF, vol. XI, Boringhieri, Torino, 1979.
- Greenberg J.R. - Mitchell S.A. (1983) *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* trad. it., Il Mulino, Bologna, 1986.
- Jervis G. (1989) *La psicoanalisi come esercizio critico* Garzanti, Milano.
- Kohut H. (1971) *Narcisismo e analisi del Sé* trad. it., Boringhieri, Torino, 1976.
- Kohut H. (1977) *La guarigione del sé* trad. it., Boringhieri, Torino, 1980 Minolli M. (1987) *Osservazioni critiche sul metodo storico-critico e sui suoi antecedenti storici* Seminario tenuto presso la SIPRE, Roma, 8 nov. 1987.
- Palamara G. (1991) *Narcisismo kohutiano e narcisismo freudiano: un'analisi comparativa* R.P. Ricerca psicoanalitica, II, pp. 35 – 46.
- Spacal S. (1989) *Alcune annotazioni su La cura psicoanalitica di Kohut* Riv. di Psicoan. XXXV, n. 2, pp. 363 – 387.
- Thomá H. - Káchele H. (1985) *Trattato di Terapia psicoanalitica I: Fondamenti teorici* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- Tricoli M.L. (1991) *La scelta metodologica kohutiana tra novità e conservazione* R.P. Ricerca psicoanalitica, 11, pp. 57 – 78.
- Winnicott D.W. (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente* trad. it., Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W. (1959) *Dalla pediatria alla psicoanalisi* trad. it., Martinelli, Firenze, 1975.