

Il Fattore F in psicoanalisi e in psicoterapia di gruppo*

di Claudio Neri**

Prima parte

Parlare di fede è poco popolare tra gli psicoanalisti e gli psicoterapisti di gruppo. La fede - in contrasto con il libero pensiero, aperto, capace di raccogliere le contraddizioni, di accostare posizioni diverse - è vista come contenere un tratto autoritario: «La mia fede è vera, quella degli altri no!».

Questa osservazione, a mio avviso, è in larga misura fondata. La fede, infatti, è sottoposta al rischio di un'involuzione autoritaria perché rimanda a modalità del pensiero e del sentimento assolute. Tuttavia non sempre e non necessariamente la fede si accompagna all'autoritarismo.

Parlare di fede, inoltre, è impopolare perché questo tema è proprio della religione. È impopolare, anche e soprattutto, perché fede, credulità e suggestione sono strumenti di cui si valgono maghi, guaritori e imbroglioni. La psicoanalisi e il *pensiero laico*, dunque, tendono a stabilire una netta linea di demarcazione.

Io, tuttavia, penso che valga la pena di correre i rischi dell'entrare in questo terreno di confine. È importante portare la nostra attenzione sul Fattore F in psicoanalisi, perché la fede possiede una grande capacità di attivare energie. Si dice comunemente che la fede «muove le montagne». Non so se questo sia vero, però certamente mette in moto, molto di buono e di cattivo, sia nel gruppo che nell'individuo. È dunque importante che il Fattore F venga riconosciuto come uno degli elementi rilevanti per la terapia psicoanalitica. Una mancanza o carenza di questo fattore, come vedremo più avanti, può dare luogo ad una stagnazione o portare addirittura ad un'interruzione del trattamento.

È inoltre importante portare la nostra attenzione sul Fattore F, perché corrisponde a un'attitudine necessaria per sostenere l'attesa di qualcosa che non ha ancora preso forma, che non si è ancora realizzato e che pure può essere importante. Ad esempio, F è un fattore della funzione psichica che l'analista deve mettere in campo per riuscire ad aiutare un paziente che si trova in una condizione larvata di depressione ed abulia e non riesce ad uscirne.

Bion: F come strumento dell'osservazione psicoanalitica

Nella letteratura psicoanalitica - a partire da Freud (1909-1939) - figurano alcuni interessanti articoli e libri dedicati al tema della fede e soprattutto a quello della religione (Eigen, 1981; Meissner, 1984; Rempel, 1997; Ricoeur, 1965 e 1966; Rizzuto, 1979 e 1998; Mijolla-Mellor, 2004; Zusman *et al.*, 2007; Smith, 2008; Levin, 2009; Stein, 2011). Non li passerò in rassegna perché questo richiederebbe una trattazione estesa; dirò qualcosa soltanto del contributo di Bion che si è occupato più direttamente della fede.

Bion parla di F (*Faith*) in *Attenzione e interpretazione* (1970) e in *Cogitations* (1992, pp. 298-299). Egli considera F come una componente essenziale di qualunque procedura scientifica. L'Atto di fede (*Act of Faith*) corrisponde alla capacità di avere fede in alcune percezioni e intuizioni, che emergono durante il lavoro analitico e che corrispondono a fatti, la cui esistenza non è descritta e spiegata dalle teorie che sono al momento disponibili. Bion (1970, pp. 57-59 ed. orig.) scrive:

* Presentato alla ASVEGRA (Padova, 19 febbraio 2011).

Il testo riprende, con modifiche e integrazioni recenti, due precedenti pubblicazioni:

- Neri C. (2004). The F Factor: Modifications in the Course of Group Psychotherapy Training. *European Journal of Psychiatry*, 18: 71,-75;

- Neri C. (2005). What is the Function of Faith and Trust in Psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 86: 79-97.

** Psicoanalista SPI-IPA, socio onorario ASVEGRA, membro ordinario dell'Institute of Group Analysis of London.

«Attraverso F [Atto di fede], si può “vedere”, “udire” e “sentire” i fenomeni mentali della cui realtà un analista che ha pratica della psicoanalisi non ha alcun dubbio, sebbene non sia in grado di rappresentarli in modo sufficientemente accurato con una qualunque delle formulazioni teoriche che ha a sua disposizione»¹.

L'Atto di fede, dunque, corrisponde - secondo Bion - al salto esistente tra la teoria ed alcuni aspetti della realtà della seduta. La necessità dell'Atto di fede non è limitata alla psicoanalisi, ma riguarda anche altre discipline: fisica, astronomia ecc. L'osservazione delle particelle sub-atomiche, ad esempio, è solo molto limitata e indiretta, ciò nonostante la maggioranza degli studiosi di fisica «ha fede» nella loro esistenza.

A me è sembrato utile estendere il campo di F al di là dell'osservazione scientifica. F è necessario non soltanto per vedere e sentire fenomeni mentali che non corrispondono al senso comune e alle correnti teorie, ma svolge una funzione anche nell'ambito clinico e terapeutico.

Un secondo punto (seppure di minore rilievo) distingue il mio approccio da quello di Bion. Bion utilizza i termini “F” ed “Atto di fede”; io impiego, invece, la denominazione “Fattore F”. Il mio interesse non è rivolto a F (la fede) considerata in generale oppure considerata isolatamente, ma ad F come un fattore che si può trovare associato ad altri fattori in un certo numero di funzioni psicologiche, sociali ed istituzionali. F, ad esempio, può essere un fattore della funzione interpretativa oppure della funzione terapeutica dell'analista.

Desidero chiarire ancora un punto, prima di entrare nel vivo della trattazione. Nel titolo - come avrete notato - accanto al termine *fede* compare la parola *fiducia*. Non appena ho incominciato a interessarmi di questo argomento, parlare contemporaneamente di fede e fiducia è emerso come una condizione indispensabile per dare coerenza al discorso. Le due nozioni, anche se per molti aspetti possono essere distinte, per altri si saldano. Non è dunque possibile sviluppare un discorso sulla fede, senza affrontare anche il tema della fiducia. Come diventerà chiaro andando avanti nella lettura, proverò ad accostare e differenziare questi due concetti, non ponendoli in diretto raffronto tra loro, ma prendendo in considerazione il loro rapporto con due *elementi terzi*: la ragione e la vitalità.

Differenziare fede e fiducia a partire dal rapporto che mantengono con la ragione è un approccio classico al problema. Più nuovo è avvicinarlo a partire dalla nozione di vitalità. Questo approccio mi è stato suggerito dalla clinica.

Nel mio lavoro come analista, ho incontrato numerosi pazienti che presentavano tra gli altri sintomi anche un senso di scarsa vitalità. Questo sentimento penoso poteva prendere la forma di un'impossibilità a raggiungere un senso di pienezza, un sentirsi *un po' a lato*, non poter partecipare al *cuore della vita*. Altre volte, si manifestava come una continua ricerca di qualcosa che veniva percepito come perduto. Altre volte ancora, si presentava come una condizione di fragilità e di vulnerabilità, maggiormente presente nelle situazioni meno controllate e più emotivamente coinvolgenti. Si può ipotizzare che all'origine di questo sintomo vi sia un conflitto o una inibizione che impediscono l'affiorare di alcune fantasie inconsce nel preconsciouso e poi nelle relazioni. Si può anche ipotizzare che vi sia una difficoltà nello stabilire e mantenere soddisfacenti relazioni d'oggetto-Sé ideale e speculare (Wolf, 1988). Al di là della severità del quadro clinico e della configurazione dinamica, mi è sembrato, però, di riconoscere in questi pazienti un'alterazione del Fattore F. Per tutti, riconquistare una certa fede nella bontà della vita è stato uno dei maggiori impegni del lavoro psicoanalitico e terapeutico.

Dopo avere indicato lo scopo che mi propongo, avere fatto cenno all'apporto di Bion e chiarita la ragione del titolo, presenterò il piano espositivo.

¹ La traduzione italiana di questa citazione di Bion è mia. «Through F [act of faith] one can „see”, „hear”, and „feel” the mental phenomena of whose reality no practicing psychoanalyst has any doubt though he cannot with any accuracy represent them by existing formulations» (1970, pp. 57-59).

Nella prima parte del lavoro, presenterò il tema del rapporto tra fede e fiducia e proporrò due definizioni della nozione di fede. Nella seconda, prenderò in considerazione la costruzione e la stabilizzazione della fiducia, mettendola in rapporto con la speranza e con l'autostima. Mi interesserò, inoltre, di F come fattore di una funzione psichica propria dell'analista. Nella sezione conclusiva, metterò in evidenza la relazione che esiste tra fede e mentalità primitiva del gruppo. Discuterò, inoltre, uno dei possibili percorsi che portano dalla *fede cieca* ad una *fede personale ed aperta al cambiamento*.

Fiducia e fede

Fiducia e fede intrattengono un rapporto diverso con la ragione. La fiducia è una tensione emotiva di tipo curativo. Ogni buon terapeuta è in grado di attivarla e sostenerla, utilizzando contemporaneamente, tanto gli elementi che sono comuni a tutti i sistemi psicoterapeutici, quanto il sapere scientifico che è specifico della sua disciplina (Cawte, 1963, p. 163).

La fede pone invece problemi alla ragione (Severino, 1996, p. 91). È al di là della ragione, se la consideriamo come i mistici un *essere all'unisono* con la divinità. È al di là della ragione anche se la consideriamo insieme con alcuni scienziati e filosofi come un mettersi in contatto con una forza creativa biologica o con un *élan vital*.

La fiducia nasce da un rapporto duraturo, affidabile ed affettuoso. È confermata dalla verifica che le cose stanno proprio come ci è stato detto. La persona di cui impariamo a fidarci, ci spiega che cosa accade e perché accade; comunque, ci dà ripetute prove di sincerità ed autenticità (Greenson, 1972). La fede, invece, dipende da numerosi fattori che sono estranei ad ogni tipo di rapporto diretto e personale. Non ha bisogno di verifiche o comunque le verifiche non le sono essenziali. Segue proprie temporalità. Può scaturire in un attimo.

Desidero affiancare a questa concezione della fede un'altra concezione, che è distante ma non necessariamente in contraddizione con quella che ho appena delineato. Mi riferisco all'idea della fede come risultato di un lavoro interiore. La fede, intesa secondo questa accezione, può essere vista come effetto di una serie di esperienze, ed anche come risultato di numerose occasioni nelle quali si ha avuto fiducia in qualcuno o qualcosa ricevendo risposte coerenti con le aspettative e le necessità. La fede, in questo caso, non ha bisogno di conferme, perché attraverso un lungo processo la persona è arrivata ad una salda convinzione.

Se intendiamo la fede in questo modo, la distinzione tra fede e fiducia si fa meno netta. La fede, anzi, può essere avvicinata alla «fiducia di base» (*Basic trust*) e alla «base sicura» di cui parlano John Bowlby (1973 e 1979) e Mary Ainsworth (1969).

«La sicurezza (...) nei primi stadi è di tipo dipendente e forma una base a partire dalla quale l'individuo può evolvere gradualmente, sviluppando nuove capacità ed interessi (...). Dove manca la sicurezza (...), l'individuo è ostacolato dalla mancanza di quella che si può chiamare una base sicura su cui lavorare».

Questo modo di concepire la fede permette di individuare anche alcune altre intersezioni tra fede e fiducia (Charcot, 1893).

Si può pensare, ad esempio, alla fede non soltanto come effetto della fiducia che qualcuno ha riposto in una certa persona, ma anche e soprattutto come effetto della fede nella bontà della vita che ha saputo trasmetterle.

Molti tra i miei pazienti, in una o in un'altra occasione, mi hanno chiesto: «Supererò questo blocco? La mia sofferenza avrà fine? Posso guarire? Riuscirò a fare questa cosa?». Ognuno di loro mi

chiedeva di rispondergli con un atto di fede e contemporaneamente esprimeva un dubbio più o meno radicale. Ho avvertito, anche, che questi pazienti mi chiedevano di effettuare un investimento affettivo aggiuntivo. In alcuni casi, ho sentito infine che queste pressanti interrogazioni nascevano dal bisogno di saggiare la mia risposta. Mi veniva domandato di fare arrivare un segno (testimonianza), che riguardava non tanto la capacità di quel certo paziente di «superare il blocco», «guarire», «fare quella certa cosa», ma piuttosto la fede nella sua possibilità e diritto ad un'esistenza soddisfacente. Tutto questo, al di là di quella particolare *performance* che il paziente poteva o meno fornire (superare il blocco, porre fine alla sofferenza, guarire).

Svilupperò più avanti questo punto, appoggiandomi su alcuni apporti di Winnicott, Anzieu e Kohut e presentando una breve illustrazione clinica. Adesso, invece, dirò qualcosa sulla paura e sull'ansia che si possono associare all'accordare fiducia a qualcuno.

Turbolenza associata alla speranza

La nascita della fiducia nell'ambito di un rapporto psicoanalitico è accompagnata da un sentimento di rischio e da paura. Questi sentimenti derivano principalmente da due fattori. In primo luogo, la fiducia spinge ad entrare in relazione con un altro o con altre persone. Quando si è entrati in relazione, non si ha più il pieno controllo (o la fantasia di un pieno controllo) su noi stessi e ciò che ci può accadere. La fede, da questo punto di vista, è più rassicurante della fiducia perché consente di mantenersi maggiormente in una condizione di isolamento, di monade.

In secondo luogo, la nascita della fiducia può generare paura perché il suo sorgere è sempre accompagnato dall'emergere di speranza. Più precisamente, la speranza da aspettativa generica e vaga, diventa attesa definita e focalizzata. È uno dei momenti più difficili e minacciosi nel lavoro analitico. Per chiarire questo punto, utilizzerò un'immagine proposta da Bion (1983, pp. 29-30 trad. it. 1985) durante i seminari che ha tenuto a Roma.

«Un gruppo di cinque persone era sopravvissuto ad un naufragio. Gli altri erano morti di fame oppure erano caduti dai relitti della chiatta. Non ebbero paura di sorta, ma si terrorizzarono quando pensarono che si stesse avvicinando una nave. La possibilità di essere salvati, e la ancor maggiore possibilità che la loro presenza non venisse notata sulla superficie dell'oceano, li portò al terrore. Prima il terrore era affondato, per così dire, nelle travolgenti profondità della depressione e della disperazione. Così l'analista, nel chiasso della sofferenza, del fallimento dell'analisi, dell'inutilità di questo genere di conversazione, deve pur sempre essere in grado di udire il suono di questo terrore che indica la posizione di una persona che incomincia a sperare di poter essere salvata».

Il paziente, quando inizia ad avere fiducia, inizia anche a rinunciare alla condizione di distacco e perplessità (il chiasso, il sentimento di inutilità di questo genere di conversazione), che gli consentiva di controllare il coinvolgimento e la distanza emotiva, però non è stato ancora accolto (la possibilità che la sua presenza venga notata). Se vi è la speranza di essere capito ed aiutato, allora vi è anche la possibilità di essere nuovamente disilluso e ingannato. Questa possibilità è veramente terrorizzante e angosciante.

A volte, il conflitto tra fiducia e sospettosità, tra necessità e paura è particolarmente drammatico. È come se una persona avvertisse un grande bisogno di nutrirsi e contemporaneamente temesse che il cibo potesse essere stato avvelenato. In questi casi, il terapeuta deve offrire una prova, dare una *credenza*.

Zapparoli (1986, pp. 462-3) usa il termine *credenza*, per indicare che la funzione del terapeuta ricorda quella che svolgevano nel Medio Evo i servi denominati *scalchi*. Gli scalchi oltre che preparare

cibi e bevande, dovevano assaggiarli in presenza del padrone, per fornirgli la *credenza*, dimostrargli cioè che non erano avvelenati. Il mobile - sul quale i cibi e le bevande erano posti *in bellavista* - era anch'esso chiamato *credenza*; e ancora oggi in Italia il termine viene comunemente impiegato.

È difficile indicare quali siano gli strumenti più adatti ad avviare una relazione di fiducia, a *dare la credenza*. Secondo la mia esperienza, però, è certo che l'analista più che assaggiare i cibi che ha preparato per il suo paziente, deve assaggiare, anzi mangiare quelli che il paziente cucina per se stesso e per lui. Lo psicoanalista non deve essere ingenuo o privo di capacità di giudizio, ma contemporaneamente non deve rifiutare *a priori* - come sciocco, illogico, irrealizzabile, delirante - nulla di quello che il paziente dice e propone. Al contrario, deve ascoltarlo con rispetto, attenzione e interesse, e in qualche modo farlo proprio (Ferenczi, 1932, pp. 311-12 [nota del 17 agosto] trad. it. 2004).

Non tutti gli psicoanalisti condivideranno la mia opinione su questa modalità di dare la *credenza* a un paziente particolarmente angosciato e poco in contatto con la realtà. La grande maggioranza, però, sarà d'accordo con me nell'affermare che stabilire la fiducia del paziente è il lavoro terapeutico che richiede più tempo e impegno. È il lavoro che può condurre il paziente a sperimentare una fiduciosa dipendenza ed una regressione terapeutica, di cui forse non ha mai fatto prima esperienza (Winnicott, 1955, p.335 e p. 342 trad. it. 1975).

La trama nascosta

Dirò adesso qualcosa a proposito di alcune aree nelle quali fiducia e fede si sovrappongono. Winnicott (1963, p. 118 trad. it. 1970) in un piccolo saggio, che fa parte di *Sviluppo affettivo e ambiente*, scrive:

«Il detto che l'uomo ha fatto Dio secondo la propria immagine è considerato di solito come un esempio divertente del contrario, ma la verità che esso contiene potrebbe essere resa più evidente se lo trasformassimo così: l'uomo crea e ricrea di continuo Dio come luogo in cui poter mettere ciò che egli ha di buono in se stesso e che potrebbe rovinare se lo tenesse in sé insieme a tutto l'odio e a tutta la distruttività che anche ha dentro»²

L'idea di tenere lontano e al riparo ciò che si ha di più prezioso ed autentico è centrale anche nella concezione di relazione tra *Vero Sé* e *Falso Sé*. Winnicott (1988, p. 125n trad. it. 1989) scrive a questo proposito:

«Quando si verifica un certo grado di fallimento dell'adattamento, (. . .) il bambino piccolo sviluppa due tipi di rapporto. Il primo tipo è un rapporto silenzioso e segreto con un mondo interno essenzialmente personale e privato (...). L'altro va da un falso Sé a un ambiente percepito, nel profondo, come esterno o completo. Il primo contiene la spontaneità e la ricchezza, e il secondo è un rapporto di sudditanza mantenuto per guadagnare tempo fino a quando, forse, il primo tipo di rapporto [quello del vero Sé col mondo esterno] potrà un giorno attuarsi (. . .)»³.

² «The saying that man made God in his own image is usually treated as an amusing example of the reverse, but the truth in this saying could be made more evident by a restatement, such as: man continues to create and re-create God as a place to put that which is good in himself, and which he might spoil if he kept in himself along with all the hate and destructiveness which is also to be found there» (p. 94 ed. orig.).

³ «When there is a certain degree of failure of adaptation, (...) the infant develops two types of relationship. One type is a silent secret relationship to an essentially personal and private inner world (...). The other is from a false self to a dimly

L'idea di Winnicott è che l'analista debba sostenere la nascosta fede del paziente (ritengo in questo caso che *fede* e non *fiducia* sia la parola appropriata) e cercare di realizzare in analisi l'ambiente che potrà favorire il suo divenire più spontaneo e felice.

Didier Anzieu, in un articolo dedicato all'*etica psicoanalitica*, parla della salda fiducia (della fede?) - in se stesso, nel paziente e nella psicoanalisi - che l'analista deve mettere a disposizione del paziente, perché questi possa superare i periodi di attesa e stagnazione, che si presentano nella terapia. Anzieu (1975, p. 261 trad. it. 2002 [per l'edizione francese, p. 265]) scrive:

«Il male che è stato fatto può essere disfatto; ciò che si è bloccato può riprendere il suo sviluppo; ciò che non è stato dato può essere ricevuto, a condizioni di pazienza, presenza, lucidità e opportunità (...). Se (...) la carenza affettiva (...) è stata tale che nell'uscire dalla prima infanzia, la pulsione di autodistruzione si è trovata rinforzata (...), dobbiamo (...) insegnare al paziente a scovare e a sventare le astuzie dell'autodistruzione, rappresentare per lui la realtà esterna ogni volta che è necessario (...), manifestargli la nostra fiducia nel possibile primato di Eros»⁴.

Le parole di Anzieu mi hanno fatto tornare alla memoria il sogno di una paziente. È una giovane donna in analisi da alcuni anni. La paziente sogna che io stavo insieme con lei e che avevo tre figli. Due dei tre figli erano morti, ma io li tenevo vicino a me tutti e tre. Uno era un cranio o un teschio, l'altro un cadavere, il terzo figlio era vivo. Nel sogno era rappresentato anche in maniera poco chiara un rapporto sessuale tra me e lei. Questo rapporto era caratterizzato dal fatto che io tenevo molto ben differenziata la mia condizione di psicoanalista dalla condizione di me stesso che aveva un rapporto sessuale con lei.

Dopo aver sognato questo sogno, la paziente si era sentita meglio. Le era venuta nuovamente voglia di truccarsi, curarsi e comprarsi dei vestiti. Le era anche tornato il desiderio di cucinare. Complessivamente si era sentita più fiduciosa in se stessa.

Le possibili interpretazioni del sogno sono numerose. Mi limiterò ad accennare ad una chiave di lettura. Raccontandolo, la paziente ha voluto mostrare gratitudine per il fatto che io avevo tenuto, per molto tempo, in analisi e vicino a me, anche gli aspetti del suo Sé più sofferenti e addirittura morti. La sua testa era vissuta da lei come un cranio. Lei sentiva il suo corpo come un cadavere.

Questo sogno può venire messo in relazione, non soltanto con il discorso di Anzieu, ma anche con la proposta teorica di Heinz Kohut. Kohut (1987, pp. 73-74 trad. it. 1989) che ci invita ad avere fede nell'efficacia curativa di un dio minore, il dio della delicatezza e della sommessa gentilezza. Un esempio è l'affettuosa attenzione che traspare dalle sue note dedicate al recupero dell'autostima negli adolescenti e nei giovani adulti.

«La sensazione di tepore fisico e l'autostima sono strettamente connesse. E questo ha parecchio a che fare con la genesi del comune raffreddore. Quando uno ha freddo, quando è depresso e non si sente accudito, si verificano cadute dell'autostima che sono molto spesso seguite dal raffreddore comune. Allora un bagno caldo, ad esempio, può servire a ripristinare l'autostima. È una

perceived external or implanted environment. The first contains the spontaneity and the richness, and the second is a relationship of compliance kept up for gaining time till perhaps the first may some day come into its own» (p. 109 ed. orig.).

⁴ «Le mal qui a été fait peut être défait; ce qui s'est trouvé bloqué peut reprendre son développement; ce qui n'a pas été donné peut être reçu, à condition de patience, de présence, de lucidité et d'opportunité (...). Si (...) la carence affective (...) a été telle qu'au sortir de la petite enfance, la pulsion d'autodestruction s'est trouvée renforcée (...), nous devons (...) apprendre au patient à repérer et à déjouer les ruses de l'autodestruction, représenter pour lui la réalité extérieure chaque fois que c'est nécessaire (...), lui signifier notre confiance dans le primat possible de l'Eros».

misura frequente nella idroterapia, anche se non conosciamo bene il perché dei risultati ottenuti. Anche altre esperienze, come l'esercizio fisico, possono servire a reintegrare l'autostima».

L'attenzione e le cure dell'analista per il paziente sono come un bagno caldo. Rinvigoriscono la sua autostima. Se qualcuno si occupa di lui, egli sente di essere stimato e di avere valore, non perché ha fatto qualcosa, ma perché qualcuno ha fatto qualcosa per lui.

Possedere una sufficiente autostima non significa soltanto essere/avere una valida mente (un cervello al posto di un cranio), ma anche essere/avere un corpo vivo. L'autostima è correlata con il Sé corporeo. Autostima è avere un positivo rapporto con il proprio corpo, percepire attraverso il proprio corpo il calore degli altri.

Stabilizzazione della fiducia

La stabilizzazione della fiducia - come ho accennato nei primi paragrafi, quando ho parlato della distinzione tra fede e fiducia - si fonda sul poter contare su un certo numero di rapporti affidabili. La fiducia aumenta con la sicurezza in questi rapporti. L'ambiente esterno, però, non è mai totalmente affidabile. Darà, comunque, delusioni. Inoltre, noi siamo organismi in cambiamento e ci muoviamo in contesti che mutano. Ogni volta che siamo di fronte a situazioni nuove, a una tappa della vita (dall'infanzia alla pubertà, dalla pubertà all'adolescenza, dall'età matura alla fase in cui si è anziani), l'insieme degli elementi su cui avevamo fondato la nostra sicurezza deve essere riformulato.

La stabilizzazione della fiducia dunque non può dipendere soltanto dall'affidabilità dei rapporti, ma deve poter far conto anche sull'aumento della capacità di affrontare l'insicurezza dei rapporti, valendosi della sicurezza che si possiede (autostima). Stabilizzare la fiducia dipende, cioè, anche dalle risorse sulle quali si può contare perché le delusioni vengano *banalizzate*; vengano, cioè, considerate come effetto di una limitazione umana, di un semplice errore, di un caso sfortunato, e non di un tradimento, un'intenzione di ferire, un'ignominia.

Imparare a banalizzare le delusioni (mi sia consentito il gioco di parole) non è affatto un cambiamento banale. Significa imparare a impiegare - quando si è confrontati con ciò che causa delusione - una griglia di lettura differente da quelle impiegate in precedenza.

Se è possibile fare affidamento su una certa sicurezza interiore, una fiducia intrinseca in se stessi, queste permetteranno di pensare che saremo in grado di trovare una via d'uscita dalle situazioni che si possono essere determinate. Potremo inoltre pensare che l'immagine di noi stessi e la nostra autostima non saranno troppo intaccate dalla delusione subita, o quanto meno che potranno essere recuperate senza troppi danni.

Ogni delusione cui si va incontro, comunque, comporta una certa perdita di autostima (Luhman, 1968, pp. 121-124 e p. 128, trad. it. 2002).

Il recupero di questa è legato, tra gli altri fattori, anche al senso di responsabilità che si è raggiunto. Sentirsi responsabili fa sentire meno in balia degli eventi. Fa sentire meno acutamente la penosa sensazione che può essere espressa con queste parole: «lo sono impotente, quello che faccio è irrilevante per la mia vita, io non sono in grado di influenzare ciò che succede». Se ci si sente responsabili, si può fare qualcosa. Se si può fare qualcosa, l'autostima aumenta.

L'autostima è fondata sul senso di responsabilità e su un realistico giudizio relativo alle proprie capacità. Trae, però, origine anche da precoci esperienze infantili di fusione con la madre e il padre sperimentati come perfetti e dotati di intrinseca bontà e bellezza. Una fonte essenziale di autostima è rappresentata, ad esempio, dalla risposta entusiastica e ammirante (il brillio degli occhi) che il bambino ha ricevuto dai genitori e dalle altre persone importanti che lo circondavano, quando ha esibito se stesso, i suoi prodotti e abilità.

Ci possiamo rendere conto di come l'autostima sia legata alla qualità delle nostre relazioni fondamentali, pensando a quanto sia più facile recuperare fiducia in noi stessi, quando abbiamo accanto qualcuno che è importante per noi e che condivide i nostri vissuti. Questo naturalmente è vero soltanto se la persona che ci accompagna è sincera, affettuosa e capace di empatia. Un proverbio dice «Meglio soli, che male accompagnati». Se chi ci è vicino non ci ama *per come siamo*, se dubita di noi, noi (spesso) dubitiamo non di lui e del suo amore, ma della nostra capacità di amare. A sua volta, il pensiero di essere incapaci di amare agisce in modo assai avvilente sul sentimento di sé (*Selbstgefühl*). L'uomo che ha dubbi sulla propria capacità di amare dubita di tutto (Freud, 1915, pp. 468-9).

L'autostima comunque subisce sempre fluttuazioni, ed ha in ogni caso la necessità di rinnovate conferme. Non dobbiamo qui pensare soltanto ai grandi crolli, ma anche a piccoli avvenimenti. Eventi apparentemente secondari, talora, possono produrre oscillazioni amplificate della autostima.

È stabile solo la *autostima normalizzata*: quella di chi si considera sempre buono, giusto e normale. L'autostima normalizzata è propria di chi non ha bisogno di conferme. Chi la possiede non è aperto all'esperienza, dunque non ha bisogno di trovare nuovi equilibri. Già ha tutto ciò che egli stesso approva e giudica valido. Mi verrebbe da dirgli: «Buon per te!!».

Subito dopo, però, nasce nella mia mente un secondo pensiero: «Però io non vorrei essere al tuo posto» (Kohut, 1987, p. 64, p. 367 e pp. 376-7 trad. it. 1989).

Fede e mentalità del gruppo

Per ciò che riguarda la fede, molto più che per la fiducia il riferimento al gruppo è essenziale. Basta pensare alla recita dell'atto di fede, che ha accompagnato tanti momenti dell'infanzia: «Credo in Dio padre onnipotente...». Si tratta di un'attestazione che, anche quando avviene in silenzio e in privato, porta il segno dell'adesione a una fede condivisa da un gruppo di credenti.

A mio avviso, una delle ragioni per cui la gestione della fede può essere quasi completamente *delegata* a un gruppo di credenti o a una chiesa risiede nella difficoltà che l'individuo incontra nel confrontarsi con la contraddittorietà dei sentimenti implicati nel credere. Avere fede è meno arduo se una istituzione effettua la *saldatura* di questi sentimenti disparati e contraddittori in un credo collettivo apparentemente solido e coerente (Gaburri e Ambrosiano, 2003, pp. 46-57).

I sentimenti che accompagnano la fede sono più complessi e contraddittori di quelli che vanno insieme alla fiducia (speranza, paura, sicurezza). Si può parlare della fede in termini di assoluta certezza. Si può, però, anche mettere in evidenza la presenza nella fede di timore, sgomento, risentimento, e forse persino odio. Vi può essere amore reverenziale per l'oggetto in cui si ha fede, ma anche totale ripulsa (Freud, 1927, p. 81; Malcolm, 1964, p. 107; Needham, 1972, p. 95).

La fede, inoltre, è accompagnata da due particolari «toni del sentimento». Freud ne parla in *Psicologia delle masse e analisi dell'io* (1921) e ne *L'avvenire di un'illusione* (1927). Il primo è l'idealizzazione: nella fede è in questione qualcosa di alto, nobile, straordinario. Il secondo è l'illusione: un tono del sentimento che preserva la fede, tenendola distante dalla verifica della realtà.

Esaminerò più avanti la trasformazione di questi «toni di sentimento» nel corso dell'analisi; adesso, invece, metterò in evidenza come avere stabilito una connessione tra fede e mentalità di gruppo ci ponga in migliori condizioni per chiarire un fenomeno cui ho accennato nel paragrafo dedicato alla differenziazione fiducia e fede: il fatto che la fede segue proprie temporalità.

Presenterò un esempio che riguarda la nostra professione. Attualmente - in Italia e anche in altri paesi - l'opinione pubblica attribuisce alla psicoanalisi un valore molto minore di quanto non le assegnasse dieci o venti anni fa. Questo cambiamento è effetto di una molteplicità di fattori sociali, politici e scientifici. Io ritengo, però, che non dipenda interamente da valutazioni di persone che

conoscono la psicoanalisi e possono offrire un motivato giudizio sulla sua utilità. Il cambiamento è dovuto, almeno in parte, al variare della moda. Si tratta di un mutamento che ha caratteristiche simili a quelle descritte da Bion, quando ha parlato della mentalità del gruppo in assunto di base.

Bion (1961, p. 182 trad. it. 1971) - come è noto - distingue nella vita mentale del gruppo due mentalità contrapposte: la mentalità del gruppo di lavoro e la mentalità del gruppo primitivo (gruppo in assunto di base). Nell'attività del gruppo di lavoro, il tempo è un fattore intrinseco.

«L'uomo che domanda: "Quando ci sarà la prossima riunione del gruppo?" si riferisce, nella misura in cui sta parlando di fenomeni mentali, al gruppo di lavoro».

Al contrario, in un gruppo in assunto di base, il tempo non svolge alcun ruolo. Le credenze, le mode e le tensioni collettive sorgono e tramontano senza correlazione con il tempo dell'orologio, e neanche con il tempo ciclico che è proprio del mito.

«Non vi è né sviluppo né decadenza nelle funzioni dell'assunto di base, e sotto questo aspetto differiscono totalmente da quelle del gruppo di lavoro».

In ogni gruppo o comunità la mentalità di «gruppo di lavoro» e quella di «gruppo in assunto di base» coesistono. La percezione complessiva (e complessa) del tempo subisce l'influenza di entrambe.

«Bisogna dunque aspettarsi dei risultati anomali e contraddittori se si osserva la continuità [di un fenomeno] del gruppo nel tempo senza aver individuato che due diverse specie di attività mentali agiscono (...) nello stesso tempo».

Molti psicoanalisti hanno avvertito il cambiamento dell'opinione pubblica cui facevo cenno e l'hanno messo in connessione, non tanto con la *crisi della psicoanalisi* (l'insieme dei fattori sociali, politici e scientifici) o con un mutare della sintomatologia prevalente dei pazienti che si rivolgevano loro, quanto con un cambiamento che riguarda la fede (Fattore F). Ne hanno quindi tenuto conto, mettendo in opera accorgimenti che potevano garantire un buon andamento della terapia anche in queste mutate condizioni. Ad esempio, negli anni '70 e all'inizio degli anni '80, i pazienti manifestavano un'immediata accettazione (*devozione?*) per l'analisi nella forma (*canonica?*) delle quattro sedute settimanali. Oggi un'analogia proposta incontra resistenze o addirittura un netto rifiuto. Alcuni analisti, conseguentemente, offrono all'inizio del rapporto un *setting* idoneo a cogliere ed elaborare i dubbi, le esitazioni, le perplessità ed anche le attese dei pazienti. Vi è la consapevolezza che un certo livello, non solo di fiducia, ma anche di fede nella psicoanalisi, deve essere costruito insieme al paziente perché l'analisi abbia un motore che aiuti a superare i successivi momenti di difficoltà. Di questa costruzione, trasmissione o attivazione della fede nella psicoanalisi, negli anni passati, non vi era bisogno, perché faceva parte della mentalità del gruppo sociale e si trasmetteva automaticamente ai pazienti in virtù della loro condivisione della *struttura del sentimento sociale* proprio della generazione a cui appartenevano.

Trasformazione dell'onnipotenza

Un altro momento del trattamento, in cui è importante tenere in considerazione il Fattore F, è quando il lavoro analitico e terapeutico sta iniziando a dare risultati. Il paziente e anche l'analista avvertono che qualche cosa potrà cambiare veramente. Il paziente non è più lì soltanto per essere consolato, ma capisce di avere la possibilità di accedere a un modo più ricco e più profondo di essere e di vivere i rapporti, a un modo di stare in relazione con se stesso e con gli altri dotato di maggiore respiro. Spesso si verifica allora quella che potrebbe essere chiamata una *reazione terapeutica negativa*. La persona, improvvisamente, si tira indietro e pensa di terminare l'analisi.

Questa reazione può essere vista nei termini di una non sufficiente autostima: la persona sente di non essere all'altezza di quello che si prospetta, avverte di non meritare una vita migliore. Può essere considerata anche come espressione della paura di perdere - con il cambiamento - alcuni punti

di riferimento essenziali per il mantenimento dell'identità, per il sentirsi *proprio se stesso*: ad esempio, una certa immagine di sé come persona sfortunata e sofferente, l'appartenenza a una data cerchia di persone o ambiente sociale. La *reazione terapeutica negativa* può però dipendere, anche, dal non avere elaborato adeguatamente un'iniziale «fede cieca» nell'analisi (il tipo di fede che corrisponde a un *affidarsi magico* allo psicoanalista e alla cura), trasformandola in una «fede personale e aperta al cambiamento» (Orefice, 2002, pp. 133-148 e pp. 342-343).

In questa fase, il compito dell'analista e del paziente è duplice. Da un lato è necessario affrontare l'elaborazione dei traumi che hanno causato un danno alla fiducia di base del paziente e scoprire nuovi validi oggetti in cui porre fede ed un nuovo modo di avere fede. Dall'altro lato bisogna fare i conti con l'onnipotenza.

Bion (1970) e Kohut (1984) - all'interno di quadri di riferimento teorici diversi - osservano che il vissuto di onnipotenza è l'altra faccia di quello di sentirsi miseri e completamente privi di capacità. Sin quando questi sentimenti non sono stati riconosciuti e guardati con uno sguardo benevolo da un terzo (dall'analista), la persona rimane intrappolata e non si può neanche iniziare a parlare dell'acquisire una *fede personale*. Soltanto chi non si sente troppo misero (o troppo onnipotente) può operare una scelta guidata dalla propria inclinazione (*clinamen*) e non da ciò che il gruppo sociale cui appartiene considera bello, elevato, eccitante. Può riconoscere l'attrazione (un'altra espressione del *clinamen*) che nasce in lui dall'incontro con un uomo, con una donna, con un'idea, con una visione della vita.

Non approfondirò oltre il discorso sugli apporti di Kohut e di Bion perché il mio punto di riferimento principale nel trattare di questo aspetto del tema non è rappresentato dalle loro opere, ma da Freud, in particolare dalla sua teoria relativa al lutto. Le considerazioni che Freud ha avanzato per discutere della trasformazione che segue la perdita di un oggetto amato, a mio avviso, infatti, possono essere utilmente estese anche a ciò che avviene in coincidenza con la rinuncia ad un aspetto onnipotente della propria personalità. In *Caducità* (1915, pp. 174-6), egli offre una descrizione del processo, che mette bene in evidenza il suo risultato: la nascita di nuove relazioni.

«(...) Perché [il] distacco della libido dai suoi oggetti debba essere un processo così doloroso resta per noi un mistero (...). Noi vediamo unicamente che la libido si aggrappa ai suoi oggetti e non vuole rinunciare a quelli perduti, neppure quando il loro sostituto è già pronto. Questo (...) è il lutto».

«(...) Il lutto, [però,] per doloroso che sia, si estingue spontaneamente. (...) Allora la nostra libido è di nuovo libera (nella misura in cui siamo ancora giovani e vitali) di rimpiazzare gli oggetti perduti con nuovi oggetti, se possibile altrettanto o più preziosi ancora. (...) Torneremo a ricostruire (...) su un fondamento più solido e duraturo di prima».

Quando i vecchi oggetti perduti sono stati dis-investiti (e gli aspetti del Sé più onnipotenti sono stati de-potenziati) può emergere il sentimento di potere guidare (almeno in parte) il decorso della propria vita. Questo breve resoconto clinico illustra il momento in cui per una quarantenne in analisi si è aperta tale possibilità.

Una serie di avvenimenti antichi ed anche relativamente recenti aveva gravemente compromesso la sua fede nella possibilità di continuare a essere viva. Non sapeva se e come avrebbe potuto concretamente vivere gli anni che le rimanevano, quelli della maturità avanzata. Attraverso il lavoro analitico, ha - con grande sollievo - iniziato a pensare che avrebbe potuto arrestare l'aspetto inanimato e autodistruttivo di lei stessa che le premeva da dietro (il passato?). Un sogno rappresenta bene questo passaggio:

«Ero alla guida di un grosso camion: un tir. Vedevo una donna che attraversava la strada. Facevo una lunga, lunghissima frenata. Mi fermavo molto vicino alla donna. Era una donna che poteva avere una diecina d'anni più di me. Assomigliava a una signora che veniva a cucire a casa, quando ero bambina. Io, anche se non la conoscevo molto bene, la chiamavo *tata*».

Con queste immagini, riesce a rivolgere l'attenzione alla «se stessa-futura», che rischia di venire travolta dal pesantissimo tir di cui è alla guida. È una donna anziana, ma non priva di risorse. La «donna che cuce» rappresenta non soltanto lei stessa nei suoi anni a venire, ma anche «qualcosa che ha dentro di sé e con cui si identifica»: l'analista che si prende cura di lei, come in passato la tata.

La rinuncia all'onnipotenza ha coinciso con il rendersi conto dell'esistenza di un aspetto della sua personalità, automatico ed auto-distruttivo.

Un altro paziente rappresenta un analogo momento di rinuncia ad essere onnipotente come «accettazione della legge».

Lo esprime con un sogno: «Seguivo un corso come *propagandista*. Nella lezione, qualcuno diceva che l'89% oppure l'85% muore. Era un tipo di linguaggio pseudo-scientifico. In effetti il 100% muore. Parlare dell'89% o dell'85% era soltanto un trucco, perché si riferiva alle persone che muoiono nel tempo considerato dall'esperimento». Il paziente spiega che i *propagandisti* sono impiegati delle aziende con il compito di visitare i clienti per illustrare loro le caratteristiche dei prodotti. Aggiunge inoltre che i *propagandisti* spesso offrono informazioni distorte sulla qualità dei prodotti. Anche questo sogno - come quello precedente - può essere letto secondo diverse linee interpretative. Una tra queste suggerisce che i sognatori stiano mostrando una nuova disponibilità ad accettare la legge di natura. Non vi sono eccezioni. È inutile escogitare trucchi. È inutile tentare di convincere l'analista della bontà di un rimedio portentoso. È inutile illudersi di appartenere ad una piccola minoranza esentata dalla legge di essere mortali.

La consapevolezza che accompagna questo sogno, ha permesso al paziente di accettare maggiormente se stesso, anche quando non compie *performances* eccezionali. Nei mesi immediatamente successivi, egli è andato assimilando la sostanza affettiva di un altro limite. Le persone importanti per lui non sono "eccezionali" nel senso di essere (in teoria) idealmente buone, capaci e disponibili, ma semplicemente perché sono loro: quelle certe persone a lui care con ciò che hanno di "buono" ed anche di "quasi intollerabile". In un tempo ancora successivo, ha affrontato ciò che egli stesso ha definito: «l'effetto legame degli affetti», «la loro natura bifronte». Egli si è reso conto di desiderare e ricercare gli affetti, ma che questi comportano anche la creazione di limitazioni e l'attivazione di contro-campi. Progressivamente, egli ha potuto gioire maggiormente dello stare in intima compagnia con la sua compagna, gli amici ed anche i parenti ed ha dovuto fare meno ricorso al rendersi inaccessibile come strumento per salvaguardare se stesso e la sua unicità.

Alcune importanti precisazioni

Nel momento in cui avviene l'elaborazione dell'onnipotenza, alcune qualità del vissuto debbono essere assolutamente preservate perché il processo abbia un esito positivo.

L'esperienza clinica mi ha mostrato, infatti, che l'elaborazione del lutto e l'attraversamento della posizione depressiva (o un suo *supposto* attraversamento) possono essere accompagnati da consistenti *effetti collaterali* negativi. Vi può essere un irrigidimento della personalità. La persona non riesce più a provare momenti di allegria che sperimentava invece (magari accompagnati da ansia e grande sofferenza) quando era maggiormente onnipotente. Scompare anche una certa capacità visionaria che non è in contraddizione con il vivere la vita quotidiana, ma anzi aiuta a coglierne il sapore. Quando il processo si svolge positivamente, al contrario, queste qualità vengono preservate

dentro e grazie al nuovo senso della limitatezza. Simone Weil - in uno dei suoi *Quaderni* - impiega un'immagine molto bella parlando del raggiungere l'illimitato attraverso la limitatezza. L'immagine è quella di Ulisse che si fa legare (limitare) all'albero della nave per potere ascoltare il canto delle Sirene (l'illimitato) senza perdersi seguendo le Sirene e loro seduzione.

Melanie Klein (1940 e 1946) ha parlato della rinuncia all'onnipotenza e della *difesa maniacale*, nell'ambito della sua trattazione relativa al passaggio dalla posizione maniacale alla posizione depressiva. Non illustrerò le sue posizioni, perché sono molto note. Dirò, invece, qualcosa a proposito di alcune critiche che le sono state mosse. Queste critiche, a mio avviso, sono pertinenti ed offrono indicazioni utili per chiarire il problema di cui ci stiamo occupando. James Grotstein (2000, p. 272 [nell'edizione inglese]) scrive:

«In un lavoro del 1935 dedicato alla discussione della posizione depressiva, Melanie Klein illustra il concetto di difesa maniacale. Le difese maniacali cercano di aiutare l'aspetto [onnipotente-infantile] (*the infantile portion*) della personalità a trionfare, disprezzare e controllare sia l'oggetto da cui si dipende, sia la parte dipendente [della personalità] del bambino (*infant*). Io ho l'impressione che Melanie Klein abbia però trascurato di prendere in considerazione le difese depressive. Queste sono la controparte internalizzata delle difese maniacali: la loro principale manifestazione è il martirio, che il bambino (*infant*) soffre al fine di controllare l'oggetto»⁵.

Le espressioni *difese depressive*, *martirio e controllo dell'oggetto* offrono spunti per una migliore comprensione delle situazioni cliniche, nelle quali l'attraversamento della posizione depressiva porta ad esiti parziali e limitanti. I casi nei quali il paziente sacrifica se stesso controllando e inibendo gli aspetti di se stesso che gli appaiono eretici rispetto alla *giusta strada*.

Il discorso di James Grotstein diventa più utile e preciso se lo mettiamo in rapporto con il contenuto di un piccolo articolo in cui Greenson parla della *ricerca della perfezione*. Vale a dire, del continuo tendere a qualcosa di elevato, meraviglioso ed anche assai difficile da raggiungere, una ricerca alla quale viene sacrificata gran parte della vita. Riporterò un'illustrazione clinica di Greenson (1973, pp. 137-142 trad. it. 1999) che ho trovato illuminante.

«Un geniale magnate degli affari, di mezza età, era tiranneggiato dalla coazione ad essere esatto, preciso e accurato in particolari che il suo stesso miglior giudizio gli diceva insignificanti. Nonostante il suo enorme successo finanziario, sentiva di dover supervisionare personalmente le minuzie delle sue varie imprese commerciali che erano disseminate per tutto il mondo».

La coazione di questo paziente a essere esatto segnala la presenza di tratti di ossessività nella sua personalità. La megalomania e l'iper-attività controbilanciano probabilmente la sua depressione e i vissuti di vuoto. Tuttavia, parlare soltanto di ossessività, depressione e del sentimento di sentirsi vuoto non darebbe un'immagine completa e sufficientemente specifica dei problemi del paziente.

«La nascosta ma frenetica, coazione della vita di questo uomo era una ricerca di perfezione. Egli aveva sgobbato tutta la vita per conquistarsi l'amore della madre. (...) La madre lo adorava e chiaramente lo preferiva al padre, ma era ossessionata dalla pulizia. Questo significò per il bambino

⁵ La traduzione è mia: «In her discussion of the depressive position, Klein (1935) discussed the manic defenses, which seek to help the infantile portion of the personality triumph over, contemn, and control the object of dependency and the dependent aspect of the infant. She neglected, I feel, to discuss the depressive defences, the intemalized counterpart of the manic defences, the chief manifestation of which is martyrdom, in which the infant suffers in order to control the object».

che amava la pulizia più di quanto non amasse lui. Per lei la pulizia era molto vicina alla bontà. (...) Nella vita adulta, la sua esattezza e precisione erano diventate richieste interne, residui della madre, che ora portava dentro di sé».

«[Essere pulito, preciso ed efficiente, però,] era un compito senza fine, poiché ogni caduta dalla perfezione rievocava il volto della madre deformato dal disgusto. La terapia lo aiutò alla fine a preoccuparsi un po' meno della madre morta e a interessarsi di più alla moglie viva ed ai figli».

Concordo completamente con le idee di Greenson salvo che per un punto. Greenson parla di scelta tra la *moglie viva* e la *madre morta*. Lo penso, che in questi casi, il dilemma non sia scegliere tra ciò che è vivo e ciò che è morto, ma tra ciò che è reale e ciò che è ideale. La scelta - a mio avviso - si pone cioè tra la *moglie reale* e la *madre ideale*. Rinunciando alla ricerca della perfezione (quella che nei termini di Grotstein potrebbe essere definita una *difesa depressiva*) si scarta un ideale astratto. Si scelgono la realtà e la vita che sono fonte di ricchezza e bellezza, ma sono anche imperfette, terribili, imperscrutabili e caotiche.

Individuazione e scelta

Un aspetto essenziale della trasformazione della fede in «fede personale», è l'individuazione e la scelta di ciò di cui ci si vuole interessare e su cui investire interesse ed affetto. Turollo (2002, pp. 81-82) scrive: «Non c'è dubbio: [il problema non è] tanto il credere, cioè l'aver o no una fede, quanto il problema di una precisa fede. (...) Arrivare ad una individuazione della fede è la grande questione (...)».

Mi prenderò la libertà di parlare a questo proposito di qualcosa che mi riguardava ed ancora mi riguarda personalmente.

Io ho avuto sempre grande difficoltà nei confronti della idealizzazione della psicoanalisi: una idealizzazione che si accompagna molto spesso ad un atteggiamento falsamente elitario ed al considerarsi come parte di una confraternita detentrica di un sapere assoluto, di un bene di incomparabile valore. Questa giusta posizione ha però limitato anche lo sviluppo della fede che avrei potuto riporre nella psicoanalisi e nelle psicoterapie psicoanalitiche come valido strumento terapeutico (in tutti i casi nei quali è realmente indicato il loro impiego).

Nel tempo ho capito che dovevo fare una distinzione tra arroganza e presunzione da un lato e fede dall'altro. Ho capito anche che una maggiore fede nella psicoanalisi poteva essere di aiuto per i pazienti. Una maggiore fede nella psicoanalisi (non in me stesso in quanto psicoanalista) mi avrebbe potuto portare ad essere più coraggioso durante le sedute, ad avvicinarmi di più ai pazienti, a mostrarmi e farmi conoscere maggiormente da loro.

Il secondo aspetto della questione riguarda più direttamente i pazienti e la tecnica di conduzione della terapia.

Inizialmente, avevo pensato che il mio compito quale analista consistesse soprattutto nell'aiutare i pazienti a rimuovere gli ostacoli nevrotici (e più in generale di ordine psicopatologico) che si frapponessero alla possibilità di lasciare i vecchi oggetti di investimento libidico (Fairbairn 1944). Il nuovo investimento - come dice Freud nel brano sul lutto che ho precedentemente citato - si sarebbe realizzato in modo spontaneo e sarebbe stato accompagnato da un rinnovato senso di vitalità.

Ho notato, successivamente, che alcuni pazienti incontravano considerevoli difficoltà nell'individuare - come oggetto di investimento - persone, idee e situazioni che fossero adeguate alla fase della vita che stavano vivendo e che fossero in grado di ricambiare l'investimento con risposte che dessero, a loro volta, un rifornimento libidico. Pertanto essi rimanevano a lungo in un limbo confuso e penoso.

In questi pazienti, era inoltre carente la capacità di durare, resistere e sostenere la difficoltà di restare nella indecisione e confusione per tutto il tempo che fosse necessario perché apparisse qualcosa di nuovo. Mancava infine una positiva capacità di rischiare e mettersi in gioco in momenti importanti della vita. In tutte queste situazioni, io - come analista - dovevo svolgere una funzione di supporto del Fattore F.

- F

Un caso particolare, tra le condizioni nelle quali il Fattore F è inadeguato, è rappresentato dalle situazioni nelle quali una fede che era stata raggiunta è diventata successivamente un ostacolo. Bion - per indicare questa estensione della fede nel campo della resistenza - avrebbe, probabilmente, utilizzato l'espressione - F (meno F).

Riporterò una breve illustrazione clinica.

Si tratta di una donna sulla trentina, professionista apprezzata. Non è sposata o fidanzata. Conduce una vita sociale ristretta. Va in vacanza con un piccolo gruppo di amiche e colleghe. I rapporti con i familiari sono saltuari. La famiglia, invece, è incumbente nella sua mente e nelle sue fantasie.

Nonostante abbia la patente, si sposta esclusivamente in motorino. Dice: «Un'automobile sarebbe troppo per me; avrei paura di intralciare, dare fastidio agli automobilisti». Non si tratta però solo di non disturbare occupando troppo spazio. La paziente ha un intenso coinvolgimento emotivo con il suo motorino, che è veramente molto importante per lei. Ho la possibilità di rendermene conto qualche

tempo dopo l'inizio dell'analisi, quando il ciclomotore ha un guasto. «Per fortuna - dice - lui, il motorino, ha fatto un grande sforzo e mi ha portata sino al posto dove dovevo andare, ma poi l'ho dovuto lasciare dal meccanico». Nei giorni successivi, mi riferisce che molti colleghi di lavoro e amici le hanno suggerito di comprare un motorino nuovo e più moderno. Lei, però, non ha voluto neanche sentirne parlare: «Il mio motorino va benissimo. È la prima volta che si rompe. Per la velocità a cui debbo andare, non ho bisogno di altro. Poi, è il mio motorino da tanti anni e non mi ha mai tradito». Il meccanico - con grande soddisfazione della mia paziente - nel giro di qualche giorno è in grado di restituire l'amato ciclomotore alla legittima proprietaria. Il motorino riparato resta un elemento essenziale della sua vita.

Il motorino non è soltanto un oggetto di investimento affettivo: è il simbolo di qualcosa in cui crede profondamente. Max Weber (1922) cita un versetto della Bibbia che recita: «Se vedi un uomo prestante nella sua professione, è segno che egli può apparire davanti ai Re». Weber - attraverso questa citazione biblica - mette in evidenza il valore che l'etica protestante attribuisce al lavoro, in contrapposizione all'etica feudale basata sui titoli nobiliari e sulla classe di appartenenza. Per questa giovane donna, il motorino è il simbolo di qualcosa di simile. Un "piccolo" (come lei sente di essere) può conservare la propria dignità e mettersi al riparo dall'arroganza dei "grandi", soltanto se è profondamente consapevole della sua condizione, non ne supera mai i limiti, e soprattutto, se fa bene il suo lavoro e se se la cava sempre da solo.

Il motorino e tutto ciò che di analogo vi è stato in precedenza nella sua vita l'hanno veramente salvata da bambina e da adolescente, quando era impegnata nella dura lotta per sopravvivere all'interno di una famiglia che era sempre pronta a mettere in evidenza, punire e ridicolizzare ogni piccola inadeguatezza, mancanza e debolezza.

Mentre la ascoltavo in seduta, si è presentato alla mia mente un racconto di una collega australiana, che lavora nelle zone abitate dagli aborigeni.

La collega mi aveva detto:

«Per noi australiani, il deserto al centro del continente è l'equivalente di quello che è il mare nell'immaginario di altri popoli: un mondo vasto, sconosciuto, da scoprire. Numerosi esploratori - sin dall'inizio della colonizzazione - si sono avventurati nel grande deserto centrale. Molti sono morti, soprattutto di fame e di sete. Il deserto australiano però non è privo di risorse. Gli aborigeni vi hanno vissuto per centinaia e migliaia di anni. Il problema era che gli esploratori non riconoscevano il cibo e l'acqua nelle forme in cui erano presenti. Lo cercavano nelle forme "europee" a loro conosciute. Non distinguevano la presenza di cibo in quelle forme nuove».

La paziente - ho pensato - dovrebbe riuscire a rinunciare almeno in parte ai suoi conosciuti *oggetti di fede* e imparare a porre fede in nuovi oggetti e relazioni. La sua fede nel motorino, adesso, può essere diventata non soltanto una cittadella sicura, ma anche un segno delle sue difficoltà ad andare avanti.

Durante il successivo periodo di analisi, è riuscita a comprendere che quel tanto di mistero, di vitale e di illimitato, cui segretamente aspirava, poteva essere trovato nella sua vita quotidiana e che era alla sua portata. È stata capace di unire il diritto ad esistere con dignità con un certo maggiore coraggio nell'avventura e nell'intraprendere qualcosa di nuovo.

Chiosa

Se la controparte della fiducia è l'autostima, la controparte della fede è una forte promessa di vita e di partecipazione.

Il costruttivo ottimismo è una delle possibili trasformazioni della fede, quando questo da *fede di massa* diviene *fede personale*. L'ottimismo a cui mi riferisco non è generico o vago. Non è ingenuo. È un tipo di inclinazione ottimistica, che non rende assolutamente ciechi nei confronti degli aspetti negativi ed anche terribili della storia e del mondo. Una propensione ottimista che, anzi, aiuta a conoscere e affrontare ciò che vi è di negativo, impegnandosi sino in fondo (Tillich, 1958, p. 1 [della edizione inglese]⁶).

Il costruttivo ottimismo è aperto al dubbio, al dibattito ed anche al conflitto. Si oppone al dogmatismo ed al rimuginare ossessivo. È caratterizzato dall'interesse per ciò che è al di là della superficie, per ciò che può evolvere ed ancora non è conosciuto. È un fattore di una funzione psichica (capacità negativa) che consente di lavorare con ciò che ancora non si è manifestato.

Il costruttivo ottimismo non è statico ma dinamico ed in trasformazione. Se nella vita di uno dei miei pazienti compare, sono molto contento e mi sento soddisfatto del lavoro che abbiamo fatto insieme.

Seconda parte

Vorrei, ora, concentrarmi sul convergere e divergere di fiducia e fede.

Lo psicoterapeuta deve monitorare con attenzione se la fiducia che il paziente ripone in lui come persona e come professionista (con il carattere di relazionalità ed affidabilità che le è proprio) e la sua fede nel terapeuta come figura idealizzata (con il suo carattere propulsivo e di apertura) convergono

⁶ Paul Tillich esattamente scrive (1958, p. 1 [della edizione inglese]): «Faith is the state of being ultimately concerned»; «Was uns unbedingt angeht»; «La fede è lo stato di chi è impegnato ultimamente».

oppure divergono. Nel caso che convergano e cooperino, si può parlare di un Fattore F (fede più fiducia) che opera positivamente; nel caso che invece divergano, il Fattore F ha necessità di una messa a punto. Un esempio di opportuna messa a punto è offerto dalla risposta che Ambroise Paré - chirurgo militare del XVI secolo e padre della chirurgia moderna - ha dato ai parenti di un paziente che lo ringraziavano per aver salvato un loro congiunto: «lo l'ho fasciato e Dio lo ha guarito»⁷. Paré parla di Dio. Io mi riferirei piuttosto alla attività di una forza vitale, all'amore per la vita. Nonostante la diversità dei termini e dei concetti, qualcosa nei due discorsi però è comune.

Rilevanza della fede in psicoterapia

Le indicazioni di Anzieu, che ho ricordato nella prima parte di questo articolo, sono preziose. Vorrei aggiungere l'idea che l'acquisizione da parte del paziente di una fede/fiducia personale in se stesso e nella (relativa) bontà della vita è un'importante meta (a lungo termine) della psicoterapia.

Ethos, etica

Anzieu fa riferimento ad Eros; parla cioè dell'investimento libidico come mezzo che permette di superare i momenti di impasse della terapia. È importante considerare la questione del superamento di questi momenti di blocco non soltanto da questo punto di vista, ma anche da quello del conferimento di valore. Per spiegare ciò a cui mi riferisco, farò ricorso al concetto di *Ethos* trascendentale vitalizzante di Ernesto De Martino.

Prima ancora di presentare questo concetto, dirò qualcosa a proposito del termine *Ethos*. Ciò fornirà una cornice di riferimento al discorso. *Ethos* (ἦθος) è un termine greco che originariamente significava semplicemente: «il posto in cui vivere». La parola - via via - ha assunto altri significati, quali «carattere» o «temperamento» di una persona; ed anche «spirito caratteristico, tono prevalente del sentimento, di un popolo o di una comunità».

Dalla stessa radice greca, deriva la parola *ethikos* (ἠθικός), che significa «teoria del vivere», da cui a sua volta discende il termine moderno «etica». L'etica è solitamente considerata la branca della filosofia che studia i fondamenti di un giusto operare dell'uomo ed i criteri che permettono di distinguere quando un certo comportamento è legittimo e quando invece è riprovevole. L'etica - intesa in questo modo - non è nettamente differenziabile dalla «filosofia morale».

L'etica però può venire intesa anche secondo un'altra accezione più ampia e dinamica. Vale a dire, come la disciplina che si occupa della determinazione del senso e del valore dell'esistere umano; ed anche del *senso* e *valore* della vita di ogni singolo individuo.

Ethos trascendentale vitalizzante

De Martino impiega le parole *ethos* ed *etica* secondo questa accezione. Egli - come ho anticipato e come vedremo meglio in seguito - aggiunge al termine *ethos* le parole *trascendentale* e *valorizzante*. De Martino, inoltre, mette in relazione l'*Ethos* trascendentale valorizzante e la Trascendenza religiosa.

⁷ La traduzione è mia: «Je le pansai et Dieux le guénit».

L'*Ethos* trascendentale vitalizzante - o Ethos del trascendimento - risponde alla necessità e all'ansia dell'uomo di dare un valore alla propria vita, andando al di là delle circostanze e dell'esperienza contingenti.

Il primo asse intorno a cui ruota il concetto è quello di dare valore. De Martino (2005) lo considera nei suoi tre momenti di: a) vita che diviene *vita che vale*; b) valorizzazione della vita che introduce altre valorizzazioni; e) accesso all'avvertire che il proprio *essere al mondo* ha un valore, grazie al fatto di avere compiuto una valorizzazione della vita e quella di altre persone e attività umane.

Il secondo asse considera la relazione tra *Ethos* trascendentale vitalizzante e Trascendenza religiosa. De Martino non è un uomo religioso. Il suo interesse si concentra quindi sulla possibilità di un trascendimento che non si depositi in una Trascendenza religiosa. L'*Ethos* trascendentale vitalizzante - secondo la sua visione - non è però in opposizione alla Trascendenza religiosa. De Martino nota che nella Trascendenza religiosa l'uomo pone fuori e sopra di sé il suo *non poter essere* che minaccia il suo *dover essere*. Tuttavia, egli osserva anche che la Trascendenza religiosa rappresenta il luogo in cui il *non potere* dell'uomo può mutare di segno, passando da alienazione radicale (l'assoluto non potere essere, l'assoluto non potere dare valore), alla relativa riappropriazione di un valore della vita (il *potere essere* e l'*avere valore* attraverso qualcosa che è fuori e sopra dell'uomo).

Il terzo asse - impiegato da De Martino per sviluppare il concetto di *Ethos* trascendentale valorizzante - è quello del rischio proprio a ogni tentativo di trascendimento valorizzante. Più precisamente, l'*Ethos* del trascendentale valorizzante - secondo De Martino - è in relazione con il rischio del suo crollo. La messa in atto dell'*Ethos* del trascendimento della vita in «vita che ha un valore» è inseparabile dal farsi presente del rischio della crisi di tale *ethos* e del ribaltamento della spinta che gli è propria (Trincia, 2005).

Tale rischio comporta (nella sua modalità estrema) l'allargamento della *crisi di impossibilità di dare valore*, fino a comprendere la perdita di valore e di senso di ogni esperienza della vita. Ci troviamo allora di fronte uno scenario, che di volta in volta può venire indicato come *crisi della presenza* o come *apocalisse psicopatologica*. Impiegando una terminologia psichiatrica - al posto della terminologia antropologica di De Martino - parleremmo di *break down* oppure di severa depressione oppure ancora di destrutturazione del *Self*.

È a fronte della emergenza di tali rischi, che De Martino considera l'importanza del soccorso che può essere dato dal rito e dalla religione. Ciò che nella crisi dell'*Ethos* del trascendimento valorizzante si spalanca sul «tutt'altro come nulla», nella reintegrazione religiosa si ribalta invece nel «tutt'altro come [Dio, come], come essere assoluto».

Questo secondo tipo di ribaltamento - diversamente dal primo - costituisce anche un orizzonte di successiva possibile ripresa dei compiti di valorizzazione della vita. La vita religiosa - secondo De Martino - narra di questo spalancarsi rischioso sul «tutt'altro come nulla» e di questo riprendersi mediato attraverso la concezione del «tutt'altro come assoluto» che è oltre e sopra l'uomo.

Break down e Break through

Ogni significativa tappa della esistenza (laurearsi, andare a vivere fuori della casa dei genitori, sposarsi, iniziare a lavorare) corrisponde ad un tentativo di dare valore alla propria vita ed alla vita in generale. Altrettanto si può dire, per la conquista del sentire di avere un corpo vivo e di quella di avvertire se stesso come un maschio o una femmina. La realizzazione di ognuna di tali tappe - a sua volta - dipende non soltanto dalla libido che la persona può investire, ma anche dalla fede/fiducia di cui dispone.

De Martino - come abbiamo visto - ci mette sull'avviso che ognuno di questi passi, come ogni passo nella realizzazione del proprio intimo e personale progetto vitale, si presenta sempre con un

segno ambiguo. Si presenta, cioè, come eventuale possibile avanzamento, ma anche come rischio di *Break down*; come rischio di ribaltamento e crollo dell'*Ethos* trascendentale valorizzante (Riolo, 2008). Bion (1977) direbbe: ogni *Break through* (rompere una barriera ed andare oltre) può rivelarsi un *Break down* (cadere in pezzi) e viceversa.

Attraverso una lettura delle cartelle degli ospedali psichiatrici è facile mettere in evidenza come un'alta percentuale di esordi di *Break down* psicotici avveniva per i maschi in coincidenza con l'uscita di casa e l'inizio del servizio militare.

Il rischio di ribaltamento e crollo dell'*Ethos* trascendentale valorizzante si presenta anche quando qualche avvenimento della vita (morte di una persona cara, divorzio, perdita del posto di lavoro, trasloco) o qualche trauma mette alla prova fiducia/fede della persona nella vita e in lui stesso.

Caso clinico

Si tratta di un uomo di quasi trent'anni, che vive in una città pugliese. È un affermato professionista. Ha iniziato l'analisi da due anni. Non dirò nulla del quadro clinico. Il mio interesse, in questa occasione, si dirige infatti esclusivamente verso in singolo episodio e gli effetti che ne sono derivati.

L'episodio di cui desidero parlare è accaduto in coincidenza con una sospensione dell'analisi.

Il paziente era andato a prendere il figlio di undici anni che usciva da un edificio nella zona centrale della città il cui ingresso dà su un vicolo stretto. Aveva parcheggiato l'auto e si stava avvicinando a piedi; aveva già visto un piccolo gruppo di padri e madri in attesa dei figli. Improvvisamente, una moto ha imboccato il vicolo ad elevatissima velocità, lo ha sfiorato ed ha proseguito per qualche decina di metri. Ha poi urtato alcune auto parcheggiate. La moto ha perso l'equilibrio ed è caduta in terra. I due uomini che erano sulla moto si sono rialzati rapidamente. Erano però storditi e sono rimasti sul posto per una manciata di secondi. Tanto è bastato perché arrivasse l'auto della polizia che li stava inseguendo. Gli agenti hanno raggiunto i due uomini; questi non hanno opposto resistenza; gli agenti li hanno arrestati, li hanno fatti salire sulla loro auto e portati via.

Qualche minuto dopo, sono arrivati altri agenti che si sono fermati a parlare con il testimone della scena, chiedendogli di andare il giorno successivo in tribunale per prestare testimonianza. Gli hanno spiegato che da qualche tempo aveva preso piede un comportamento particolare e dannoso. I malviventi - dopo essere stati arrestati - dichiaravano al giudice che gli agenti li avevano maltrattati e picchiati al momento del fermo. La testimonianza richiestagli era semplicemente quella di raccontare i fatti dei quali era stato testimone oculare; vale a dire che gli agenti avevano arrestato i due ricercati dopo che questi erano caduti dalla moto e senza fare loro alcuna violenza. Il giorno successivo, quindi, si è recato negli uffici del tribunale ed ha prestato la testimonianza richiesta.

Passano ancora alcuni giorni ed inizia a preoccuparsi. Ha paura di potere essere coinvolto. Le sue preoccupazioni sono centrate - a volte - sulla possibilità che la polizia e la magistratura possano sospettare che possa avere contatti con il mondo criminale. Altre volte, viceversa, teme che qualcuno possa vendicarsi su di lui e sui suoi familiari.

La sua angoscia, col passare del tempo, sale a dismisura. Egli, inoltre, è pervaso da un senso di inutilità della vita. Incomincia ad essere tormentato dall'impulso ad uccidersi. La sua paura diviene panico. Non riesce più ad uscire di casa da solo.

L'analista torna dalle vacanze estive. La terapia riprende. Il paziente viene alle prime sedute accompagnato dalla moglie. Racconta rabbiosamente che è stato e sta ancora malissimo. L'analista capisce che la crisi è di grande portata. A suo avviso, la rabbia del paziente non dipende soltanto dall'interruzione delle sedute per le vacanze estive, ma coincide con una protesta di ordine più

generale. Il paziente protesta con l'analista per qualcosa che è relativo (anche) alle cause lontane della crisi attuale.

Il fatto che il paziente manifesti una violenta rabbia gli sembra un segno molto positivo. Il fatto che la rabbia sia rivolta verso l'analista indica che l'intera vicenda è entrata (o sta per entrare) nella relazione analitica. La crisi - con ogni probabilità - è un momento di avanzamento e non un tornare all'indietro. Questa convinzione (anche se successivamente vi saranno oscillazioni) consente all'analista di acquisire uno spazio di osservazione e di riflessione rispetto ai movimenti interni del paziente. Ambedue - analista e paziente - possono appoggiarsi sul pensiero forte, sulla fiducia/fede che le capacità riflessive e di osservazione dell'analista sono al lavoro e consentono di individuare un orizzonte che è al di là della crisi e della attuale sofferenza.

Nelle sedute che seguono, il suo dubbio - che prima del ritorno dell'analista aveva per oggetto il senso della vita - si rivolge verso la sua figura e le sue capacità, ad esempio dice ripetutamente frasi come: «Se Lei ricorda ciò che le ho detto ieri...» oppure: «Ma Lei ricorda l'episodio che Le ho raccontato l'ultima seduta!?». Il paziente sembra avere cancellato il fatto che prima delle vacanze estive aveva grandemente apprezzato che: «L'analista ricordasse anche i più piccoli particolari di ciò che lui aveva raccontato anche tre mesi o addirittura un anno prima».

La *crisi di incredulità* del paziente coinvolge (parzialmente) anche l'analista. Questi mette in dubbio le proprie capacità e la validità del lavoro fatto. L'analista, però, è rassicurato dalla constatazione che alcuni aspetti del Sé del paziente non sono stati intaccati dalla regressione e dalla destrutturazione. Quest'uomo - ad esempio - ha continuato ad andare in ufficio e a lavorare con intensità e buona efficacia. In occasione di precedenti crisi, invece, la paralisi era stata pressoché globale.

L'analista - poco a poco - riconquista interamente la fede/fiducia nel buon andamento dell'analisi. Dice allora al paziente ciò che aveva pensato sin dalle prime sedute senza però comunicarglielo; gli dice chiaramente che l'intera fenomenologia della crisi fa parte del lavoro analitico. Afferma inoltre - con forza - che non si tratta di fenomeni regressivi (un tornare indietro), ma di un modo per andare avanti nella terapia, reintegrando avvenimenti e aspetti del Sé che sino a quel momento erano stati lasciati da parte. Per così dire, è un «indietreggiare per saltare meglio», un «regredire per raccogliere aspetti del Sé che consentiranno poi di avanzare in modo migliore»⁸.

Il paziente accetta l'indicazione dell'analista. La sua sintomatologia migliora. Nel corso di una seduta, il paziente, racconta di essere venuto a conoscenza di un'interessante lettura del mito di Narciso, secondo la quale Narciso si specchia nell'acqua non perché è affascinato dalla propria immagine, ma perché è alla ricerca di un contatto con il suo corpo confuso nell'acqua. Nel corso di un'altra seduta porta in analisi il ricordo di due episodi della sua infanzia in cui è stato abbandonato ed oppresso dagli adulti e parla dell'effetto drammatico che ha avuto su di lui (quando era adolescente) la lettura de *Il Processo* e de *Il Castello* di Kafka.

L'episodio di cui quest'uomo è stato protagonista e gli sviluppi successivi, si prestano a molte interpretazioni. Io porrò l'accento sulla perdita di fede/fiducia che è avvenuta quando il paziente ha constatato che la malavita (la Sacra corona unita) non era un'astratta entità, ma una realtà concreta e potente che agiva su di lui mettendo a soqquadro anche i suoi più intimi sentimenti. Questa constatazione ha fatto riemergere nel paziente l'antico sospetto e risentimento - che aveva avuto da bambino e da adolescente - per l'intero mondo degli adulti.

L'analista è stato recettivo rispetto alle ansie del suo paziente; ha partecipato anche alla sua crisi di incredulità. Nello stesso tempo, però, ha saputo trovare un ancoraggio. Ha intuito subito che la

⁸ È un'espressione metaforica che trae origine dal mondo dello sport. Nel XIII secolo in Francia si diceva: «Reculer pour le plus loin saillir». Ancora oggi si continua a usarla come: «Reculer pour mieux sauter».

crisi faceva parte del percorso analitico. Ha notato che soltanto alcuni aspetti del Sé del paziente erano stati travolti. È riuscito a fornirgli un forte punto di fissazione («L'intera vicenda che Lei attraversa fa parte dell'analisi») dal quale l'*Ethos* trascendentale valorizzante ha potuto rimbalzare («Si tratta non di una regressione, ma di un modo per avanzare»).

Fede e fenomeni psicologici del gruppo, della massa

A conclusione, dirò qualcosa su uno dei molti aspetti del rapporto tra Fattore F e psicoterapia di gruppo: l'ansia che alcune persone provano di fronte alla proposta di iniziare una psicoterapia di gruppo⁹.

Mi riferisco in particolare all'ansia e alla paura che il gruppo possa esercitare pressioni tali da portarli ad una grande limitazione nell'uso del loro pensiero e giudizio. Non è - a mio avviso - una paura infondata. Hitler faceva conto proprio su questo potere del gruppo, quando organizzava le sue «maxi-adunate allucinatorie» e indicava come obiettivo della propaganda nazista la «capitolazione psichica» degli individui (Fest, 1973, p. 393)¹⁰.

A volte la paura non è che il gruppo possa limitare la capacità di pensiero, ma quella che possa danneggiare qualcosa di prezioso ed intimo dell'individuo. Anche questa - a mio avviso - è una paura giustificata. Una psicoterapia di gruppo corrisponde (o almeno dovrebbe corrispondere) all'essere toccati nell'intimo.

Un verso di una canzone di Leonard Cohen dice: «And you know that she will trust you. For you've touched her perfect body with your mind» («Sai che lei si fiderà, perché hai toccato il suo corpo perfetto con la tua mente»).

Non sempre è così! Può essere che lei si fidi, ma anche che tema di essere toccata ed anzi eviti la sola eventualità di potere essere toccata.

Consentire non soltanto al terapeuta, ma anche alle altre persone che formano un gruppo di avere accesso alla propria intimità implica un rischio. Si può correrlo per inconsapevolezza o perché è l'unica possibilità. Nel caso migliore, gli si va incontro perché si ha già una certa riserva di fede nella benevolenza e bellezza della vita. Questa riserva - esterna al gruppo e all'analisi - consente di vivere l'esperienza in modo più libero e spontaneo.

⁹ È frequente che vengano espresse preoccupazioni relative alla salvaguardia della *privacy*. Altre questioni che vengono avanzate spesso sono: il timore che lo psicoterapeuta nel gruppo non sia in grado di mantenere una sufficiente e prolungata attenzione sui singoli pazienti e la inquietudine di potere essere contagiati piuttosto che curati dalla presenza di altre persone altrettanto e più sofferenti. Alcune persone, infine, parlano di una loro reticenza a prendere parte a situazioni sociali in generale oppure di un non riuscire a capire come possa operare il processo terapeutico in un contesto collettivo.

¹⁰ Bion (1961) ci ha fornito un grande aiuto per dare una risposta a quest'ansia, quando ha indicato che in ogni gruppo (indipendentemente dal numero di persone che lo compongono) esiste non una sola mentalità collettiva, ma due: la mentalità del gruppo primitivo (o mentalità del gruppo in assunto di base) e la mentalità del gruppo di lavoro. I fenomeni di assoggettamento e annientamento degli individui sono propri della mentalità del gruppo primitivo e del gruppo-massa. La possibilità di cooperare - rimanendo individui - è la caratteristica più significativa della mentalità di gruppo di lavoro. Lo psicoterapeuta può sostenere la mentalità del gruppo di lavoro favorendo un clima di fiducia all'interno del piccolo gruppo e difendendo il diritto (e la pratica possibilità) che tutti i partecipanti esercitino (nella forma più ampia possibile) il loro diritto ad una piena libertà di pensiero, di sentimento e di espressione.

Riferimenti bibliografici

- Ainsworth M. (1969). Object Relations, Dependency and Attachment: a Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship. *Child Development*, 40: 969-1025.
- Anzieu D. (1975). La psychanalyse encore. In: Anzieu D. (2000). *Psychanalyser*. Paris: Dunod (trad. it.: L'aereo Psicoanalisi ancora. In: *Psicoanalizzare*. Roma: Borla, 2002).
- Bion W.R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications (trad. it.: *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando, 1971).
- Bion WR. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications (trad. it.: *Attenzione e Interpretazione*. Roma: Armando, 1973).
- Bion W.R. (1977). *Two Papers: The Grid and Caesura*. Rio de Janeiro: Imago Editora [Reprinted: London: Kama Books, 1989] (trad. it.: Caesura. In: *Il cambiamento catastrofico*. Torino: Loescher, 1981).
- Bion W.R. (1983). *Bion in Rome*. London: The Estate of WR. Bion (trad. it. In: *Seminari Italiani*. Roma: Borla, 1985).
- Bion W.R. (1992). *Cogitations*. London: Karnak Books.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2, - Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press (trad. it.: *Attaccamento e Perdita*. Torino: Bollati Boringhieri, 2001).
- Bowlby J. (1979). *The Making and Breaking of Affective Bonds*. London: Tavistock Publications (trad. it.: *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina, 1982).
- Cawte J.B. (1963). Citato secondo Elkin A.P. (1977). *Aboriginal Men of High Degree*. Brisbane: University of Queensland Press.
- Charcot J.M. (1893). *La foi qui guérit*, Paris: Alcan (trad. it.: *La fede che guarisce*. Roma: Capaccini, 1987).
- De Martino E. (2005). *Scritti filosofici*. Bologna: Il Mulino, 2005.
- Eigen M. (1981). The Area of Faith in Winnicott, Lacan and Bion. *Int. J. Psychoanal.*, 62: 413-434.
- Fairbairn R.W.D. (1944). Endopsychic Structure Considered in Terms of Object-Relationships; Object Relationships and Dynamic Structure. In: *Psycho-Analytic Studies of Personality*. London: Routledge Publishers (trad. it.: *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1970).
- Ferenczi S. (1932). *Journal clinique*. Paris: Payot, 1985 (trad. it.: *Diario clinico*. Milano: Raffaello Cortina, 2004).
- Fest J. (1973). *Hitler. Eine Biographie*. Berlin: Propyläen Verlag (trad. it.: *Hitler. Una biografia*. Milano: Garzanti, 2005).
- Freud S. (1914). *On Narcissism: An Introduction*. S.E. 14 (trad. it.: *Sul Narcisismo: un'introduzione*. OSF,7).

- Freud S. (1915). *On Transience*. S.E. 14 (trad. it.: *Caducità*. OSF, 8).
- Freud S. (1921). *Group Psychology and the Analysis of the Ego*. S.E. 18 (trad. it.: *Psicologia di Gruppo e Analisi dell'Io*. OSF, 9).
- Freud S. (1927). *The Future of an Illusion*. S.E. 21 (trad. it.: *L'avvenire di un'illusione*. OSF, 10).
- Freud S., Pfister O. (1909,-1939). *Psycho-Analysis and Faith: The Letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister*. London: Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, 1963 (trad. it.: *Psicoanalisi e Fede: lettere tra Freud e il pastore Pfister*. Torino: Bollati Boringhieri, 1990).
- Gaburri E., Ambrosiano L. (2003). *Ululare con i lupi. Conformismo e rêverie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Greenson P. (1972). Beyond Transference and Interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.* 53: 214-217.
- Greenson RR. (1973). The Personal Meaning of Perfection. In: Browning G.O., Alioto J.L., Farber S.M., eds., *Teilhard de Chardin: in Quest of the Perfection of Man*. Cranbury: Associated University Press (trad. it. in: *Esplorazioni psicoanalitiche*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999).
- Grotstein J.S. (2000). *Who is the Dreamer Who Dreams the Dream? A study of Psychic Presence*. Hillsdale N.J. & London: The Analytic Press (trad. it.: *Chi è il sognatore che sogna il sogno*. Roma: Magi, 2004).
- Klein M. (1940). Mourning and its Relation to Manic-Depressive States. In: Klein M. (1975). *Love, Guilt and Reparation. The Writings of Melanie Klein*. London: The Hogarth Press (trad. it. In: *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006).
- Klein M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. In: Klein M., Heimann P., Isaacs S., Riviere J. (1946). *Developments of Psycho-Analysis*. London: The Hogarth Press (trad. it. in opera citata).
- Kohut H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: Chicago University Press (trad. it.: *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1986).
- Kohut H. (1987). *The Kohut Seminars. On Self Psychology and Psychotherapy with Adolescents and Young Adults*. New York & London: Norton & co. (trad. it.: *Seminari*. Roma: Astrolabio, 1989).
- Levin J. (2009). How Faith Heals: a Theoretical Model. *Explore (NY)*, 5(2): 77,-96.
- Luhman N. (1968 [2000]). *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Lucius & Lucius (trad. it.: La fiducia. Bologna: Il Mulino, 2002).
- Malcolm N. (1964). It is a Religious Belief that "God exists"? In: Hick J., ed. (1964). *Faith and the Philosophers*. London: Mcmillan.
- Meissner W.W. (1984). *Psychoanalysis and Religious Experience*. New Haven: Yale University Press.
- Mijolla-Mellor (de) S. (2004). *Le besoin de croire. Métapsychologie du fait religieux*. Paris: Dunod, 2004 (trad. it.: *Il bisogno di credere. Metapsicologia del fatto religioso*. Roma: Borla, 2006).
- Needham R. (1972). *Belief, Language and Experience*. Oxford: Basil Blackwell.

- Neri C. (2003). Anthropological Psychoanalysis, Bion's Journeying in Italy. In: Lipgar R.M. e Pines M., eds., *Building on Bion: Roots Origins and Context of Bion's Contribution's to Theory and Practice*. London and New York: Jessica Kingsley Publ. (trad. fr.: Neri C., Bion en Italie. L'imagination spéculative et autres thèmes. In: Neri C., Correale A., Fadda P., sous la direction de, *Lire Bion*. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2006).
- Neri C. (2004). The F Factor: Modifications in the Course of Group Psycho-Therapy Training. *The European Journal of Psychiatry*, 18: 71-75.
- Neri C. (2005). What is the Function of Faith and Trust in Psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 86: 79-97.
- Orefice S. (2002). *La sfiducia e la diffidenza. Metodologia clinica per i casi difficili*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rempel M. (1997). Understanding Freud's Philosophy of Religion. *Canadian Journal of Psychoanalysis/Revue Canadienne de Psychanalyse*, 5, 2: 215,-42.
- Ricoeur P. (1965). *Freud and Philosophy: An Essay on Interpretation*. New Haven: Yale University Press, 1970 (trad. it.: *Dell'interpretazione. Saggio su Freud*. Milano: Il Saggiatore, 2002).
- Ricoeur P. (1966). *La parole instauratrice de liberté*. Cahiers Universita Catholiques, 10: 501,-502.
- Riolo F. (2008). Break-through. *Rivista Psicoanal.*, 54: 375-386.
- Rizzuto AM. (1979). *The Birth of the Living God*. Chicago: University of Chicago Press (trad. it.: *La nascita del Dio vivente. Studio psicoanalitico*. Roma: Borla 1994).
- Rizzuto AM. (1998). *Why Did Freud Reject God*. New Haven: Yale Univesity Press (trad. it.: *Perché Freud ha rifiutato Dio*. Torino: Centro Scientifico Editore).
- Severino E. (1996). La tecnica ed il tramonto di ogni buona fede. In: Martini C.M. e Eco U., a cura di (1996). *In che cosa crede chi non crede?* Roma: Atlante Editoriale.
- Silvestri A. (2010). *Comunicazione personale*.
- Smith H.F. (2008). Leaps of Faith: is Forgiveness a Useful Concept? *Int. Journ. Psychoanal*, 89(5): 919-36.
- Stein M. (2011). Faith and the Practising Analyst. *J. Anal. Psychol.*, 56(3): 397-406.
- Tillich P. (1958). *Dynamics of Faith*. New York: Harper.
- Trincia F.S. (2005). *Ernesto De Martino: Scritti filosofici*. Bologna: Il Mulino. http://www.giomaledifilosofia.net/public/filosofiaitaliana/scheda_rec_fi.ph=2.
- Turoldo D.M. (2002). *Dizionario spirituale*. Casale Monferrato: Edizioni Piemme.
- Weber M. (1922). *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*; Los Angeles, CA: Roxbury Publishing Company, 2002 (trad. it.: *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*. Firenze: Sansoni, 1945).

- Winnicott D.W. (1955 [1958]). *Metapsychological and Clinical Aspect of Regression within the Psycho-Analytical Set-up*. In: *Collected Papers*. London: Tavistock Publications (trad. it. in: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975).
- Winnicott DW. (1963 [1965]). *The Young Child at Home and at School*. In: *The Maturational Process and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*. New York: Int. Univ. Press, 1965 (trad. it.: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970).
- Winnicott D.W. (1988). *Human Nature*. London: The Winnicott Trust. (trad. it.: *Natura umana*. Milano: Raffaello Cortina, 1989).
- Wolf E.W. (1988). *Treating the Self. Elements of Clinical Psychology*. London: Guilford Press (trad. it.: *La cura del Sé*. Roma: Astrolabio, 1993).
- Zapparoli G. (1986). *L'alleanza terapeutica nella psicoterapia analitica degli psicotici*. *Rivista di Psicoanalisi*, XXXII, 3: 461-469.
- Zusman J.A., Cheniaux E., de Freitas S. (2007). *Psychoanalysis and Change: ween Curiosity and Faith*. *Int. J. Psychoanal*, 88: 113-25.