

Ricordare, ripetere e rielaborare - 1914

[In Opere di Sigmund Freud, vol. 7 (1912 - 1914), Boringhieri, Torino 1975, pp. 353-361, trad. di Cesare Musatti].

Non mi pare superfluo rammentare continuamente a chi studia le profonde trasformazioni che la tecnica psicoanalitica ha subito da quelli che furono i suoi primi esordi.

Dapprima, nella fase della catarsi di Breuer, si trattava di mettere a fuoco il fattore di formazione del sintomo e, per conseguenza, di agire tenacemente per indurre i pazienti a riprodurre i processi psichici di quella certa situazione, al fine di orientarli verso la scarica grazie all'attività cosciente. Far ricordare e far abreagire erano allora le mete che ci proponevamo di raggiungere con l'aiuto dello stato ipnotico. Subito dopo, con la rinuncia all'ipnosi, ci si impose il compito di scoprire, attraverso le associazioni libere dell'analizzato, ciò che egli non riusciva a ricordare. Col lavoro di interpretazione e la comunicazione all'ammalato dei suoi risultati si doveva aggirare la resistenza. Si trattava ancora di mettere a fuoco le situazioni che stanno alla base della formazione dei sintomi e i fattori scatenanti della malattia, ma l'elemento dell'abreagire passò in secondo piano e sembrò sostituito da un altro lavoro richiesto ai pazienti: quello speso per superare (conformemente alla regola psicoanalitica fondamentale) l'atteggiamento critico verso le proprie associazioni. Alla fine si è venuto configurando l'attuale rigoroso procedimento tecnico per cui il medico rinuncia alla rilevazione di un singolo momento o problema e si accontenta di studiare gli elementi superficiali che si presentano di volta in volta nella psiche del paziente, utilizzando la tecnica interpretativa essenzialmente per riconoscere le resistenze che a proposito di questi elementi si verificano e per renderle accessibili alla coscienza dell'ammalato. Si stabilisce così una nuova specie di divisione del lavoro: il medico scopre le resistenze ignote all'ammalato; e, solo in seguito al superamento di queste resistenze l'ammalato, spesso senza alcuna fatica, racconta le situazioni e le connessioni dimenticate. Lo scopo di queste tecniche è naturalmente rimasto immutato. Da un punto di vista descrittivo consiste nel completamento delle lacune della memoria, da un punto di vista dinamico nel superamento delle resistenze dovute alla rimozione.

Dobbiamo esser grati alla vecchia tecnica ipnotica, poiché in essa si presentano in forma isolata e schematica alcuni singoli meccanismi psichici dell'analisi. Solo su una tale base abbiamo potuto arrischiarci a creare noi stessi nella cura analitica situazioni complesse che hanno tuttavia serbato la loro trasparenza.

In quei trattamenti ipnotici l'atto del ricordare si sviluppava in modo assai semplice. Il paziente si trasponeva in una situazione precedente che egli non conosceva mai con quella attuale, comunicava i processi psichici che a quell'epoca si erano verificati nella misura in cui essi erano rimasti normali, e vi inseriva poi quanto poteva risultare da una trasformazione di processi allora inconsci in processi coscienti.

Aggiungo qui alcune osservazioni che ogni psicoanalista trova confermate nella sua esperienza. L'oblio di impressioni, scene, eventi si riduce in genere a un loro "sbarramento". Quando il paziente parla di queste cose "dimenticate", raramente trascura di aggiungere: "Veramente l'ho sempre saputo, solo che non ci pensavo." Spesso egli esprime la propria delusione per il fatto che non vogliono venirgli in mente abbastanza di quelle cose che egli può riconoscere come veramente "dimenticate", cose cioè a cui non ha mai più pensato dopo che gli sono capitate. Cionondimeno anche questa aspirazione, soprattutto nelle isterie di conversione, viene talora appagata. La "dimenticanza" trova un'ulteriore limitazione nella produzione dei tanto frequenti ricordi di copertura. In molti casi ho tratto l'impressione che la ben nota, e per noi teoricamente così importante amnesia dell'infanzia sia completamente controbilanciata dai ricordi di copertura. In questi ultimi non si conservano soltanto alcuni, ma tutti gli elementi essenziali della vita infantile. È solo questione, attraverso l'analisi, di imparare a ricavarli. I ricordi di co-

apertura fungono da rappresentanti degli anni dimenticati dell'infanzia con la stessa adeguatezza con cui il contenuto manifesto del sogno rappresenta i pensieri onirici.

Gli altri gruppi di processi psichici che, in quanto atti meramente interiori, possono essere contrapposti alle impressioni e ai dati immediati dell'esperienza, e cioè le fantasie, i riferimenti, gli impulsi emotivi, le connessioni, vanno considerati separatamente nella loro relazione col ricordo e con l'oblio. Qui accade assai spesso che venga "ricordato" qualcosa che non ha mai potuto essere "dimenticato", per il semplice fatto che non è mai stato notato, che non è mai stato cosciente. Agli effetti del decorso psichico sembra inoltre del tutto indifferente che una tale "connessione" sia stata cosciente e poi sia stata obliata, o che essa non sia mai pervenuta alla coscienza. La consapevolezza che il malato raggiunge nel corso dell'analisi è del tutto indipendente da questo o quel tipo di rievocazione.

Particolarmente nelle svariate forme della nevrosi ossessiva l'oblio si limita perlopiù a un annullamento di connessioni, a un disconoscimento di concatenazioni causali, a un isolamento di ricordi.

Per una specie particolare di situazioni assai importanti che si verificano in un'epoca assai remota dell'infanzia – e che allora vengono vissute senza essere capite, mentre vengono comprese e interpretate a posteriori – non è in genere possibile suscitare il ricordo. Si arriva a prenderne conoscenza attraverso i sogni, si è forzati a prestar loro fede in base a motivi inoppugnabili derivanti dalla struttura stessa della nevrosi, e ci si può anche render conto che l'analizzato, quando ha superato le sue resistenze, non fa appello alla mancanza del ricordo (e cioè dell'impressione che quel certo fatto gli è noto) al fine di non accettarne la realtà. Questo argomento tuttavia richiede tali precauzioni critiche, e ci mette di fronte a situazioni così nuove e peregrine, che mi riservo di dedicargli una trattazione a parte sulla base di un materiale adeguato.

Con l'applicazione della nuova tecnica è rimasto assai poco, per non dir nulla, di questo soddisfacente e pacifico andamento. Vero è che anche ora si danno casi che procedono per un buon tratto come con la tecnica ipnotica, e che solo più tardi si incagliano: ma altri casi hanno sin dall'inizio un andamento diverso. Se per mettere in rilievo la differenza ci limitiamo a questi ultimi casi, possiamo dire che l'analizzato non ricorda assolutamente nulla degli elementi che ha dimenticato e rimosso, e che egli piuttosto li mette in atto. Egli riproduce quegli elementi non sotto forma di ricordi, ma sotto forma di azioni; li ripete, ovviamente senza rendersene conto.

Ad esempio: l'analizzato non dice di ricordare d'esser stato caparbio e diffidente verso l'autorità dei genitori, ma si comporta in questo stesso modo verso il medico. Non ricorda d'esser rimasto privo di consiglio e di aiuto nella sua esplorazione sessuale infantile, ma porta un mucchio di sogni e di associazioni confuse, si lagna che nulla gli riesce e dichiara che è un suo destino non portar mai a termine ciò che intraprende. Non ricorda d'essersi profondamente vergognato di determinate pratiche sessuali e di aver temuto che esse venissero scoperte, ma mostra ora di vergognarsi del trattamento che ha intrapreso e cerca di tenerlo celato a tutti: e così di seguito.

Quel che più conta è che il paziente comincia la cura fin dal primo istante con una tale ripetizione. Quando a un paziente, che ha avuto una vita piena di vicissitudini e che presenta una lunga storia clinica, si comunica la regola psicoanalitica fondamentale e lo si invita a dire quello che gli passa per la mente, ci si attende che egli dia libero corso al fluire delle sue comunicazioni; spesso capita invece che a tutta prima egli non sappia che cosa dire. Non apre bocca e sostiene che non gli viene in mente nulla. Si tratta semplicemente della ripetizione di una impostazione omosessuale, che si presenta sotto forma di resistenza a qualsiasi ricordo. Il paziente non si libererà, finché rimane in trattamento, da questa "coazione a ripetere": e alla fine ci si rende conto che proprio questo è il suo modo di ricordare.

Naturalmente ci deve interessare in primo luogo il rapporto di questa coazione a ripetere con la traslazione e con la resistenza. Ci rendiamo subito conto che la stessa traslazione rappresenta un elemento della ripetizione, e che la ripetizione è la traslazione del passato dimenticato, non soltanto sulla persona del medico ma su tutti gli altri ambiti della situazione attuale. Dobbiamo perciò rassegnarci a che l'analizzato soggiaccia alla coazione a ripetere (che ora sostituisce l'impulso a ricordare) non soltanto nei suoi rapporti personali col medico, ma anche in tutte le altre attuali attività e relazioni della sua vita: come ad esempio quando egli durante la cura sceglie un oggetto sessuale, si assume un compito o dà corso a una iniziativa. Anche l'apporto della resistenza è riconoscibile con facilità. Quanto maggiore è la resistenza, tanto maggiore è la misura in cui il ricordare viene sostituito dal mettere in atto (ripetere). L'ideale, quanto al ricordo delle cose dimenticate, si ha quindi nell'ipnosi, stato in cui la resistenza è completamente messa da parte. Quando la cura incomincia sotto gli auspici di una lieve e tacita traslazione positiva, ciò consente al paziente di immergersi immediatamente nei suoi ricordi come farebbe nell'ipnosi durante la quale gli stessi sintomi morbosi sono messi a tacere; ma se in seguito questa traslazione si fa ostile o troppo accentuata, tale dunque da esigere una rimozione, subito il ricordo lascia il posto alla messa in atto. Da allora in poi sono le resistenze che determinano l'ordine di successione di quanto verrà ripetuto. L'ammalato dissotterra dall'arsenale del passato le armi con cui si difende dalla prosecuzione della cura, armi che noi dobbiamo togliergli di mano una a una.

Sappiamo dunque che l'analizzato ripete invece di ricordare, che ripete sotto le condizioni impostegli dalla resistenza; ma ci possiamo ora chiedere: che cosa propriamente egli ripete o mette in atto? La risposta è questa: egli ripete tutto ciò che, provenendo dalle fonti di quanto in lui vi è di rimosso, si è già imposto alla sua personalità manifesta: le sue inibizioni, i suoi atteggiamenti inservibili, i tratti patologici del suo carattere. Sì, egli ripete anche durante il trattamento tutti i suoi sintomi. E ora possiamo osservare che mettendo in rilievo la coazione a ripetere non abbiamo acquisito un fatto nuovo, ma solo una concezione più unitaria. Ci rendiamo conto infatti che lo stato morboso dell'ammalato non può cessare con l'inizio della sua analisi, e che la sua malattia non va trattata come una faccenda del passato, ma come una forza che agisce nel presente. Gli elementi della malattia vengono a uno a uno condotti entro l'orizzonte e il campo d'azione della cura e, mentre l'ammalato li vive come qualche cosa di reale e attuale, noi dobbiamo effettuare il nostro lavoro terapeutico che consiste in gran parte nel ricondurre questi elementi al passato.

Il ricordare a cui i pazienti erano indotti durante l'ipnosi non poteva che suscitare l'impressione di un esperimento di laboratorio. Il ripetere a cui essi sono indotti durante il trattamento analitico secondo la tecnica più recente significa evocare un pezzo di vita vissuta, e non può quindi essere sempre una faccenda pacifica e scevra di pericoli. A ciò si connette tutto il problema dello spesso inevitabile "peggioramento durante la cura".

Anzitutto già il fatto di iniziare il trattamento fa sì che l'ammalato modifichi il suo atteggiamento cosciente verso la malattia. Abituamente si accontentava di lamentarsene, di trattarla come qualche cosa di insensato, di sottovalutarne l'importanza; continuava peraltro a esercitare verso le manifestazioni della malattia lo stesso comportamento rimovente (e cioè la politica dello struzzo) che aveva già esercitato verso le cause di quella. Può accadere così che egli non conosca con esattezza le condizioni della sua fobia, che non ponga attenzione al preciso enunciato delle sue idee ossessive, che non colga l'intenzione autentica del suo impulso coatto. Ciò non giova naturalmente alla cura. Egli deve trovare ora il coraggio di rivolgere la sua attenzione alle manifestazioni della sua malattia. La malattia stessa deve cessare di essere per lui qualche cosa di esecrabile e diventare piuttosto un degno avversario, una parte del suo essere che si fonda sopra buoni motivi, e da cui dovranno essere tratti elementi preziosi per la sua vita ulteriore. La riconciliazione col rimosso testimoniato dai sintomi è così avviata fin

dall'inizio e ciò implica altresì una certa tolleranza verso la malattia. Se ora, in base a questo nuovo rapporto con la malattia, si acquisiscono conflitti e si manifestano sintomi che prima erano soltanto adombrati, è possibile rassicurare il paziente con l'osservazione che si tratta soltanto di aggravamenti necessari ma transitori, e che non si può uccidere un nemico assente o non sufficientemente vicino. La resistenza può però sfruttare la situazione per le sue proprie mire, nell'intenzione di abusare del permesso di essere malato. E il paziente sembra voler dichiarare: "Guarda un po' cosa salta fuori quando davvero mi abbandono a queste cose! Non avevo ragione di consegnarle alla rimozione?" Specialmente i giovani e i bambini amano servirsi del fatto che durante la cura si pretende che essi pongano attenzione alla propria malattia per abbandonarsi a un'orgia di sintomi morbosi.

Ulteriori pericoli sono dati dal fatto che col progredire della cura anche nuovi moti pulsionali, appartenenti a strati più profondi e che fino a quel momento non erano stati avvertiti possono diventare suscettibili di essere "ripetuti". Infine, le azioni del paziente possono, anche all'infuori della traslazione, produrre transitori danni alle condizioni di vita del paziente, o addirittura esser scelte in modo tale da inficiare definitivamente ogni prospettiva di guarigione.

La tattica che il medico deve adottare in questa situazione si giustifica facilmente. Per lui lo scopo rimane il ricordo secondo la vecchia maniera, la riproduzione sul terreno psichico; e a questo scopo egli deve restar fedele anche se sa che esso con la nuova tecnica non può essere raggiunto. Egli si accinge a un permanente conflitto col paziente per trattenere entro il campo psichico tutti gli impulsi che quegli vorrebbe avviare nel campo motorio, e saluta come una vittoria della cura tutti quei casi in cui è possibile liquidare attraverso un'attività mnestica ciò che il paziente vorrebbe scaricare in una azione. Quando il legame attraverso la traslazione si è comunque consolidato al punto da divenire utilizzabile, il trattamento può evitare che l'ammalato compia tutti gli atti di ripetizione particolarmente importanti e può adoperare le intenzioni in statu nascendi come materiale per il lavoro terapeutico. Si protegge nel modo migliore l'ammalato dai danni che egli può arrecare a se stesso col dare corso ai suoi impulsi, quando lo si impegna a non prendere durante la cura alcuna decisione veramente importante per la sua vita (come quella di una professione o di una scelta definitiva dell'oggetto d'amore), ma ad attendere piuttosto per questi progetti il momento della guarigione.

Nel far ciò si deve esser disposti a salvaguardare quella parte della libertà personale dell'analizzato che è compatibile con queste prescrizioni; non gli si deve quindi vietare l'attuazione di progetti meno significativi, anche se assurdi, ricordando a tal proposito che l'uomo può farsi veramente assennato solo attraverso i propri errori e la propria esperienza. Ci capitano naturalmente anche pazienti che non riusciamo a trattenere dal cacciarsi in una qualche situazione che è del tutto inutilizzabile per l'analisi, e che solo a cose fatte diventano docili e accessibili a una elaborazione analitica. E può pure accadere di tanto in tanto che non si abbia il tempo per imbrigliare con la traslazione le pulsioni selvagge, o che il paziente spezzi, in un atto di ripetizione, il legame che lo tiene avvinto al trattamento. Come esempio estremo di situazioni siffatte posso citare il caso di una signora piuttosto anziana che aveva ripetutamente, durante stati d'animo crepuscolari, abbandonato la propria casa e il proprio marito, rifugiandosi da qualche parte, senza rendersi conto del motivo di questo suo "andarsene". Essa era venuta da me in analisi con una spiccata traslazione fondata sulla tenerezza, accentuò rapidissimamente tale traslazione nei primi giorni, e in capo a una settimana "se ne andò" anche da me prima che io avessi il tempo di dirle qualche cosa che la potesse trattenere da una tale ripetizione.

Tuttavia il mezzo principale per domare la coazione a ripetere del paziente, e trasformarla in un motivo che stimoli il ricordo, è dato dal modo in cui è impiegata la traslazione. Rendiamo la coazione a ripetere innocua, o addirittura utile, quando le riconosciamo il

diritto di far quel che vuole entro un ambito ben definito. Le offriamo la traslazione come palestra in cui le è concesso di espandersi in una libertà quasi assoluta, e dove le viene prescritto di presentarci tutti gli elementi pulsionali patogeni che si nascondono nella vita psichica dell'analizzato. Se il paziente è tanto compiacente da rispettare le condizioni indispensabili per la continuazione stessa del trattamento, ci riesce in genere di dare a tutti i sintomi della malattia un nuovo significato in base alla traslazione, facendo in modo che la normale nevrosi sia sostituita da una "nevrosi di traslazione" dalla quale il paziente può essere guarito mediante il lavoro terapeutico. La traslazione crea così una provincia intermedia fra la malattia e la vita, attraverso la quale è possibile il passaggio dalla prima alla seconda. Il nuovo stato ha assunto su di sé tutti i caratteri della malattia, ma costituisce una malattia artificiale completamente accessibile ai nostri attacchi. Al tempo stesso questo stato è una parte della vita reale, favorito tuttavia da condizioni particolarmente propizie e coi caratteri della provvisorietà. Dalle reazioni di tipo ripetitivo, che si verificano nella traslazione, le note vie conducono al risveglio dei ricordi che, superate le resistenze, si presentano, a quanto sembra, senza alcuna difficoltà.

Potrei fermarmi qui se il titolo di questo saggio non mi impegnasse a descrivere una ulteriore parte della tecnica analitica. Come è noto il superamento delle resistenze è avviato dal fatto che il medico scopre la resistenza che l'ammalato da solo non ha mai riconosciuto e la comunica al paziente. Pare che i principianti dell'analisi siano inclini a scambiare tale fase preparatoria per il lavoro nella sua totalità. Spesso sono stato chiamato a consulto in casi in cui il medico lamentava il fatto di aver mostrato all'ammalato la sua resistenza senza che perciò si fosse verificato alcun cambiamento: ché anzi la resistenza si era rafforzata e l'intera situazione si era fatta più intricata. Pareva che la cura non dovesse andare avanti. Questa fosca prognosi si rivelava però sempre erronea. La cura in genere procedeva nel modo migliore; solo che il medico aveva dimenticato che dalla semplice menzione della resistenza non può risultare la sua immediata scomparsa. Si deve lasciare all'ammalato il tempo di immergersi nella resistenza a lui ignota, di rielaborarla, di superarla persistendo, a dispetto di essa, nel suo lavoro che si attiene alla regola psicoanalitica fondamentale. Solo quando la resistenza è giunta a tale livello è possibile scoprire, in collaborazione con l'analizzato, i moti pulsionali rimossi che la alimentano; il paziente può infatti rendersi conto dell'esistenza e della potenza di questi moti in base a quanto è venuto sperimentando. Perciò il medico non ha altro da fare che attendere e lasciare che si svolga un decorso che non può essere evitato né sempre accelerato. Se egli si attiene a ciò, potrà risparmiarsi a se stesso l'erronea impressione di essersi arenato quando invece ha condotto il trattamento per la via giusta. Questa rielaborazione delle resistenze può, nella pratica, risolversi in un compito gravoso per l'analizzato e in una prova di pazienza per il medico. Si tratta però della parte del lavoro che produce i maggiori mutamenti nel paziente e che differenzia il trattamento analitico da tutti i trattamenti di tipo suggestivo. Da un punto di vista teorico la rielaborazione delle resistenze può essere equiparata a quell'"abreazione" degli ammontari affettivi incapsulati dalla rimozione senza la quale il trattamento ipnotico rimaneva inefficace.