

Realtà sociale esterna e realtà psichica

Rielaborazione e adattamento di Simonetta Diena ad uno scritto di Janine Puget “Il principio di incertezza” (2001)

Ci sono esperienze che non si possono evitare. Possono essere considerate universali, sebbene abbiano un particolare significato per ogni individuo. Ma ce ne sono altre che tendiamo a non pensare oppure che, se siamo costretti a viverle, cerchiamo di ignorare, ricorrendo al diniego ed a vari meccanismi di difesa.

Nondimeno, coloro che dicono che non hanno fatto esperienza di una tale estrema sofferenza potrebbero trovare dei modi per incontrare simili fenomeni nei loro rispettivi contesti socio-culturali. Tali fenomeni esistono in forme più o meno visibili in tutte le società, sebbene si debba fare un considerevole sforzo per riconoscere gli effetti inconsci che essi producono e per sentirsi influenzati da essi. Comunque sembra spesso, alle persone che hanno vissuto tali sofferenze, che esse possano essere comprese solo da altre persone che le hanno sperimentate. Perciò incontriamo qui una doppia difficoltà.

Quando cerca di comprendere le vicissitudini psicologiche sperimentate durante una catastrofe sociale, la prima risposta della gente è quella di confinare il problema a una distante regione geografica o mentale, che può o meno riguardare l'analisi finale. Il meccanismo che consiste nel cercare di sbarazzarsi di qualcosa scomodo è inerente all'apparato mentale. L'espulsione, la proiezione e l'auto-mutilazione sono meccanismi riconosciuti da differenti teorie psicoanalitiche come strumenti fondamentali utilizzati per consentire al soggetto di tollerare ciò che altrimenti apparirebbe un'esperienza intollerabile.

Il compito paradossale da intraprendere è quello di trasmettere qualcosa la cui trasmissione è difficile e talora impossibile. Proveremo a trovare l'inizio di una soluzione a questo paradosso. Per varie ragioni, la teoria psicoanalitica non riconosce prontamente l'influenza del contesto sociale sull'apparato mentale e sulla situazione terapeutica, e non cerca di svelare la sua rappresentazione mentale.

DIFFICOLTA' TEORICHE

Certi percorsi intrapresi dalla teoria psicoanalitica sembrano suggerire che sia possibile lavorare con una cornice terapeutica che non prenda in considerazione il contesto sociale, o anche che, come psicoanalisti, non abbiamo gli strumenti per avvicinare un tale argomento.

E' possibile continuare a mantenere una tale posizione senza condurre i nostri pazienti verso la rimozione o persino il diniego? La psicoanalisi nacque su una teoria delle pulsioni, oltre la quale il contesto sociale sembrava secondario. Possiamo veramente credere che la realtà sociale esterna, il non-io, non abbia alcuna rappresentazione nella realtà psichica? Per rispondere a questa domanda dovremo osservare in che modo il corpo sociale ed i suoi segnali si manifestano. La realtà sociale avrà uno status che ci renderà capaci di riconoscerla.

Il problema della rappresentazione mentale del sociale è difficile. Il nostro primo passo è allora quello di separare quelle teorie che sostengono la visione che il contesto sociale sia irrilevante per lo psicoanalista da quelle che invece difendono la posizione opposta. Nel primo caso, dobbiamo operare un'ulteriore suddivisione tra momenti di grande sconvolgimento sociale e la situazione che qui stiamo descrivendo, la esclusione del contesto sociale deriva non solo da una posizione scientifica, ma anche dal bisogno di trovare rifugio in una celletta asettica. Questo è il modo in cui il mondo storico-genetico monopolizza la vita mentale dei pazienti e degli analisti e molto chiaramente contribuisce ad un meccanismo che diviene un bastione difensivo.

Un'altra difficoltà di percezione: i mondi sovrapposti

Una difficoltà nel concettualizzare lo stato della catastrofe sociale ed il suo effetto sulla situazione psicoanalitica nasce dal fatto che sia i pazienti che gli analisti sono immersi nello stesso contesto sociale; essi sono esposti alle stesse paure ed alle stesse difficoltà nel percepire gli eventi. Quando gli analisti ed i pazienti stanno simultaneamente sperimentando le stesse ansietà o preoccupazioni derivanti dal contesto della loro vita quotidiana, parliamo di mondi sovrapposti (Puget & Wender, 1982). In tali casi gli analisti probabilmente non hanno la distanza psichica ed il tempo necessari per rendersi capaci di riconoscere quello che è simile e quello che è differente, e di stabilire la relazione analitica. Quando certi eventi traumatici provenienti dallo stesso mondo condiviso appaiono nel materiale analitico, danno luogo a distorsioni e a trasformazioni nell'ascolto dell'analista e nel suo procedere analitico; essi incoraggiano negli analisti una particolare tendenza a partecipare, a 'condividere'. Questa involontaria ed inevitabile 'condivisione', che stimola o inibisce una curiosità ambivalente, può diventare segreta, sostitutiva e vergognosa. In alcune condizioni è molto difficile per noi stabilire un chiaro confine tra il campo dell'analisi e quello che possiamo chiamare il 'campo della vita quotidiana', o 'campo della realtà socio-culturale'. Queste condizioni minacciano i meccanismi sublimatori dell'analista su cui si basa, in linea generale, la possibilità ed il desiderio di condividere, riconoscere e decodificare i segreti dell'inconscio. L'omissione di materiale, che è un possibile effetto del diniego del paziente, porta gli analisti a stabilire un patto di complicità ed a 'dimenticare' il mondo esterno. Questa situazione porta a mettere in luce due fondamentali disturbi che verranno più tardi in superficie nel processo analitico:

- 1) un effetto traumatico. Si verifica quando qualcosa improvvisamente ed inaspettatamente interrompe il funzionamento dell'analisi. Sebbene il mondo sovrapposto dia un'illusione di contatto, in realtà esso allontana l'analista dalla possibilità di 'svelare' l'inconscio. La relazione analitica non fornirà agli analisti lo spazio ed il tempo necessari per elaborare ('work through') un evento che è personale per loro e che non riescono a risolvere con se stessi. Sono presi in una trappola. Per ovvi motivi semantici e comunicativi, gli analisti non possono parlare coi loro pazienti senza usare il linguaggio o le parole che appartengono a questi ultimi. Ma queste sono precisamente le parole che appartengono alla vita privata dell'analista, che hanno prodotto e che continuano ancora a produrre un effetto traumatico in lui o in lei (l'analista) e che allora sono sovrapposte alla vita privata del paziente. L'analista

a quel punto soffre per ciò che abbiamo chiamato una micro-situazione traumatica, con tutti i sintomi di disagio, di ansietà, di destrutturazione psicotica e di riattivazione di certe angosce paranoide o confusionali che la accompagnano. In tali condizioni l'analista può entrare in uno stato governato dall'ordine sensoriale, con la soppressione della capacità di pensare e di portare a termine la funzione analitica. Questo stato inconscio gradualmente invade la cornice analitica e le interpretazioni; esso influenza la scelta del materiale. Un'area sorda e cieca viene perciò creata laddove ha luogo l'"acting out" dell'analista.

2) Un disturbo narcisistico. Il narcisismo 'analitico' derivante dalla sublimazione viene sostituito dal narcisismo ordinario della vita quotidiana. Gli analisti sentono il desiderio di essere nominati, amati o soddisfatti in un modo immediato e diretto, di aumentare il loro prestigio e la loro conoscenza, sia su se stessi sia sul mondo circostante.

L'analista allora diventa un oggetto di sofferenza, mentre il paziente un oggetto protettivo. Il primo cerca di soddisfare i requisiti ideali sostenuti dalle sue richieste primitive. Questo processo affronta varie complesse vicissitudini. Comunque, possiamo dire che esso riattiva un funzionamento primitivo, governato dall'io ideale e dall'ideale dell'io, che sono proiettati nel macro-contesto socio-culturale e sul suo rappresentante, l'istituzione analitica. Sappiamo anche che le identificazioni originate dall'ideale dell'io possono produrre delle identificazioni di tipo eroico, mortifero o di tipo delinquenziale. Questo processo ha dirette conseguenze per l'autostima dell'analista che è sempre più sofferente. Se domina la megalomania, l'analista occuperà il posto del bambino onnisciente nel delirio del suo paziente ('Conosce tutto, condivide tutto'); oppure, se è dominante il funzionamento depressivo, la risposta sarà 'non conosce nulla ed è inconsapevole di tutto'.