

SANDOR FERENCZI

## IL PROBLEMA DEL TERMINE DELL'ANALISI<sup>1</sup>

(1927)

Signore e signori!

Permettete che inizi la mia relazione citando un caso che ultimamente mi ha dato molto da pensare. Si tratta di un paziente la cui analisi era stata motivata essenzialmente da anomalie e stranezze del carattere, accanto alle quali sussistevano diversi disturbi nevrotici; improvvisamente venni a sapere — quando, si noti, il paziente era in analisi già da otto mesi — che per tutto quel tempo egli mi aveva ingannato su una circostanza di natura finanziaria piuttosto importante. Dapprima questo fatto mi imbarazzò molto. La regola basilare dell'analisi, su cui si fonda la nostra tecnica, è che il paziente esprima per intero e restando fedele alla verità tutto ciò che gli viene in mente e tutte le sue associazioni. Ma che cosa bisogna fare quando la sintomatologia consiste proprio nel fatto di mentire? Di fronte a difficoltà caratteriali di questo tipo si dovrà dichiarare l'analisi senz'altro incompetente? Non avevo la minima voglia di sottoscrivere questo certificato di povertà della scienza e della tecnica che noi professiamo. Proseguì dunque l'analisi e fu proprio indagando questa tendenza alla menzogna che mi si offerse l'occasione di comprendere certi

---

<sup>1</sup> Relazione al x Congresso di psicoanalisi tenutosi a Innsbruck il 3 settembre 1927; in Sandor Ferenczi, *Fondamenti di psicoanalisi*, volume III, Ulteriori contributi (1908-1933): "Psicoanalisi delle abitudini sessuali e altri saggi", a cura di Glauco Carloni e Egon Molinari, Guaraldi, Rimini 1974, pp. 293-303.

sintomi del paziente. Accadde che ancora prima di vedersi scoperto, una volta non venisse alla seduta, e che nella seduta successiva non facesse menzione di questo fatto. Alla mia domanda in proposito, negò recisamente di esser mancato il giorno precedente. Dato che ero certo di non sbagliarmi, insistetti energicamente per stabilire come stessero le cose, e ben presto ci convinchemmo entrambi che egli non solo aveva dimenticato la sua assenza alla seduta, ma anche tutti gli avvenimenti del giorno precedente. Quella volta fu possibile colmare la lacuna della memoria solo in parte e a fatica: ulteriori informazioni mi furono poi date da testimoni oculari. Non entrò nei particolari dell'episodio, che del resto non era privo di interesse, e mi limiterò a comunicarvi che il paziente aveva trascorso la giornata che non ricordava in diversi ritrovi e locali notturni, mezzo ubriaco, in compagnia di uomini e donne sconosciuti e di infimo ordine.

Emerse allora che disturbi della memoria di tal sorta si erano verificati anche in passato. Ebbene, nel momento in cui ebbi la prova irrefutabile del fatto che mentiva coscientemente, mi convinsi che il sintomo della scissione della personalità non era altro, almeno in lui, che il segno nevrotico di questa sua inclinazione, una specie di ammissione indiretta della debolezza del suo carattere. In questo caso la prova di una menzogna si dimostrò dunque un evento favorevole alla comprensione analitica<sup>2</sup>.

Ben presto però mi sovvenne che il problema della simulazione e della menzogna durante l'analisi era stato più volte oggetto di riflessione. Del resto, in un mio lavoro di diversi anni fa io stesso avevo formulato l'ipotesi che tutti i sintomi isterici vengano già prodotti nella primissima infanzia nella forma di consapevoli esibizioni di abilità; inoltre ricordai che Freud aveva avuto occasione di dire che si doveva considerare come un segno di prognosi favorevole — indizio di prossima guarigione — il fatto che il paziente manifestasse improvvisamente la convinzione di avere, in veri-

---

<sup>2</sup> Non esito a generalizzare queste osservazioni e a spiegare qualsiasi caso della cosiddetta "scissione della personalità" come un sintomo di quella insincerità parzialmente avvertita dalla coscienza, che costringe alcuni a manifestare ora una parte ora un'altra della loro persona. In termini metapsicologici, si potrebbe dire che queste persone hanno *più di un Super-Io*, che non sono riuscite ad unificare. Anche gli studiosi che non rifiutano a priori la possibilità che si diano "più verità" del medesimo oggetto d'indagine parrebbero essere persone la cui morale scientifica non arrivata a costituirsi in unità.

tà, simulato per tutto il tempo della malattia; e in effetti il paziente, che grazie all'analisi comprende ormai i propri meccanismi inconsci, non riesce più a mettersi nello stato d'animo in cui produceva i suoi sintomi in modo automatico, senza che la coscienza intervenisse minimamente. La effettiva cessazione delle menzogne pare comunque almeno uno dei segni che annunciano l'approssimarsi del termine dell'analisi.

Del resto già in un'epoca precedente della vita, sebbene sotto altro nome, incontriamo lo stesso fenomeno. Ciò che il principio morale e il principio di realtà chiamano menzogna, quando viene constatata in un bambino, per noi e per la psicologia ad orientamento psicoanalitico, è una fantasia. Il nostro compito principale nel trattamento di un caso di isteria è essenzialmente quello di esplorare le strutture fantasmatiche prodotte automaticamente e inconsciamente. E in effetti una gran parte dei sintomi, applicando questo procedimento, scompare. Noi pensavamo perciò che la scoperta delle fantasie, che possono pur pretendere di avere una specie di realtà (Freud chiamava le fantasie realtà psichiche), fosse sufficiente ad assicurare la guarigione; quanto poi alla misura in cui il contenuto delle fantasie rappresenta la realtà effettiva, fisica, ovvero il ricordo di questa, ciò veniva considerato secondario per il trattamento e per il suo buon esito. Ma la mia esperienza mi ha mostrato che le cose stanno diversamente. Mi sono convinto, cioè, che non esiste caso di isteria che si possa considerare risolto, finché non venga effettuata una ricostruzione in cui il reale sia rigorosamente separato dal semplicemente fantasticato. Non si può considerare terminata l'analisi di un paziente che ammette la probabilità dell'interpretazione analitica ma, non essendo convinto della sua realtà effettiva, si riserva il diritto, quando si presentino determinati eventi spiacevoli, di rifugiarsi nella malattia, vale a dire nel mondo delle fantasie; insomma la guarigione con cui deve concludersi il trattamento va intesa anche in senso profilattico. Generalizzando, si potrebbe dunque dire che il nevrotico non può considerarsi guarito finché non rinuncia al piacere delle fantasie inconse, il che equivale a dire che guarisce quando la sua inclinazione alla menzogna è scomparsa. Per snidare le fantasie dal loro covo un modo abbastanza semplice è quello di cogliere il malato mentre sta travisando un fatto magari insignificante, come spesso accade nel corso dell'analisi. Infatti, sia per vanità che per paura di per-

dere la benevolenza dell'analista tutti i pazienti senza eccezione sono indotti a non esprimere o a travisare elementi che rivelino certi fatti o certi sentimenti. Ed è stata appunto l'osservazione di fenomeni di questo tipo a convincermi che l'esigenza di realizzare totalmente la libera associazione, esigenza che noi poniamo fin dall'inizio nell'analisi, è un'esigenza ideale, un'esigenza che potrebbe venire soddisfatta, paradossalmente, solo quando l'analisi è ormai terminata. Le associazioni alla cui origine si trovino tali piccoli travisamenti di fatti attuali conducono spesso ad analoghi eventi infantili molto più significativi, dunque ad un'epoca in cui l'inganno che ora si produce automaticamente era consapevole e volontario.

Possiamo tranquillamente definire ogni bugia infantile come bugia di necessità, e dal momento che la successiva tendenza alla menzogna è in relazione con le bugie infantili, forse ogni menzogna è qualcosa di necessario. Del resto la cosa è logica. Essere sinceri e leali è certo più comodo che mentire, ed è solo la minaccia di qualcosa di più spiacevole della menzogna stessa che può costringerci a rinunciare alla sincerità. Ciò a cui noi diamo nomi che ci suonano così bene — ideale, ideale dell'Io, Super-Io — deve la propria esistenza alla repressione volontaria di impulsi istintuali effettivi, impulsi la cui esistenza deve venire riusata, mentre dall'altro lato, i precetti morali e i sentimenti edificanti indotti dall'educazione vengono messi in mostra con zelo esagerato. Per quanto ciò possa dispiacere al moralista e al teologo-morale, non possiamo fare a meno di affermare che menzogna e morale hanno qualcosa in comune. In origine, il bambino trova buono tutto ciò che ha un buon sapore. Successivamente, deve imparare a ritenere cattive e a sentire come brutte alcune cose che gli piacciono; al posto di queste dovrà imporsi delle difficili rinunce, e nel compierle trovare la sorgente della più grande contentezza e felicità. È senz'altro probabile, e le analisi ce lo dimostrano con assoluta certezza, che lo stadio della amoralità originaria e quello della morale acquisita siano separati da un periodo di transizione più o meno lungo in cui ogni rinuncia istintuale e ogni consenso al dispiacere sono accompagnati da un senso di insincerità, ovvero di *ipocrisia*.

Partendo da queste osservazioni, da cui risulta che il carattere si forma come un automatismo di difesa nel corso della rimozione istintuale, se l'analisi deve veramen-

te divenire una seconda educazione dell'essere umano, dovrà anche ripercorrere in senso regressivo, fino a giungere alle sue basi istintuali, tutte le tappe di questa formazione. Tutto deve cioè tornare per così dire allo stato fluido, in modo che da una tale situazione transitoria di caos al momento opportuno possa costituirsi una nuova personalità, con un più adeguato adattamento. In altre parole ciò significa che non c'è analisi dei sintomi che si possa considerare terminata, se essa non è anche, contemporaneamente o successivamente, una completa analisi del carattere. Insistiamo su questo punto perché nella pratica si possono guarire con l'analisi molti sintomi senza tuttavia operare mutamenti così radicali. Naturalmente le anime semplici, che ignorano la tendenza spontanea dell'uomo all'armonia e alla stabilità, si spaventeranno e si domanderanno che cosa resta di una persona, quando abbia perduto il suo carattere nel corso dell'analisi. E possiamo noi garantire al paziente che una volta spogliatosi del suo vecchio carattere, gliene provvederemo un altro come si consegna un abito nuovo? Non può accadere che il paziente ci sfugga di mano quando è ormai privo del vecchio carattere ma non è ancora pronto il nuovo involucro e se ne vada via così, nella sua nudità caratteriale? Ma Freud ha già dimostrato come siano ingiustificati questi sospetti, in quanto la sintesi fa automaticamente seguito all'analisi. In effetti, la dissoluzione di quella struttura cristallina che è un carattere non è altro, propriamente, che il travasarsi di una forma in un'altra più conveniente, diciamo una *transcristallizzazione*. Non è dato prevedere nei dettagli come sarà il nuovo abito, ma è probabile che starà meglio addosso del vecchio, vale a dire che si addicerà di più alla persona che deve portarlo.

Ad analisi terminata, ci sono però dei tratti comuni che ho riconosciuto in personalità diverse: grazie alla più netta divisione tra mondo delle fantasie e realtà conseguita con l'analisi, la persona conquista infatti una libertà interiore quasi illimitata, e, nello stesso tempo, un dominio molto più fermo sulle proprie azioni e decisioni: in altre parole, un controllo molto più economico ed efficace.

Nei pochi casi in cui mi sono avvicinato a queste conclusioni ideali, mi sono però trovato a dover dare un certo peso anche ad alcuni fatti esteriori concernenti l'aspetto e il comportamento del malato, ai quali finora non avevo attribuito impor-

tanza. Già nei tentativi di approfondire certe singolarità narcisistiche e i manierismi di coloro che soffrono di tic, avevo accennato al fatto che spesso dei nevrotici relativamente guariti vengono dimessi senza che ci si preoccupi di analizzare questi sintomi. Ma un'analisi radicale della personalità non può certo arrestarsi davanti a queste singolarità; insomma, noi dobbiamo mettere uno specchio ideale davanti al paziente, fare in modo che egli possa divenire finalmente cosciente delle singolarità del suo comportamento e, perché no, del suo aspetto fisico. Se non avessi visto coi miei occhi come persone analiticamente guarite continuano a venire nascostamente derise da tutti a motivo di certe loro smorfie, di certi modi di atteggiarsi e di muoversi, di determinate abitudini e così via, senza che queste persone stesse abbiano la minima idea di ciò che le ridicolizza, non sosterei la necessità di un'analisi radicale; di un'analisi cioè dove questi, che sono per così dire dei pubblici segreti, vengano comunicati anche ai diretti interessati, per quanto ingrato possa essere un tale compito<sup>3</sup>. Si sa che l'analista deve avere sempre molto tatto, ma certo trattando questo aspetto dell'autoconoscenza dovrà usarne più del solito; in considerazione di ciò io ho adottato come regola generale di non fare mai ai malati dei rimproveri diretti su questa materia. Piuttosto si farà sì che col progredire dell'analisi il paziente arrivi, prima o poi, a rendersi conto da sé, sia pure col nostro aiuto, di questa serie di cose.

Dicendo "prima o poi" facciamo allusione all'importanza del fattore temporale in un'analisi che possa dirsi terminata in modo esauriente. Ora una tale analisi è possibile solo a patto che il tempo a disposizione sia per così dire infinito. In sostanza, io sono d'accordo con coloro che affermano che le probabilità di un rapido successo aumentano nella misura in cui la nostra disponibilità di tempo è meno limitata. Con ciò non mi riferisco tanto al tempo materiale a disposizione del paziente, quanto alla sua intima decisione di non interrompere la cura per tutto il tempo necessario, non badando alla sua durata in senso assoluto. Non nego, tuttavia, che esistono casi in cui i pazienti abusano proprio di questa disponibilità illimitata ovvero della man-

---

<sup>3</sup> È in questo contesto che la psicoanalisi entra per la prima volta in rapporto pratico coi problemi della fisiognomica e dello studio della costituzione somatica (come pure dei loro derivati: mimica, caratteri grafologici ecc.).

canza di un termine preciso.

Durante il tempo che abbiamo a disposizione non solo occorre che venga rivisitato in forma di ricordi e ripetizioni tutto il materiale psichico inconscio, ma deve anche venire impiegata la nostra terza risorsa tecnica. Alludo *all'elaborazione* che è quell'elemento dell'analisi da Freud messo sullo stesso piano dei due precedenti, ma non ancora valutato come merita. Dobbiamo mettere in relazione questo elaborare, ovvero la fatica che vi si spende, con la forza del rimosso e della resistenza, dunque con un fattore puramente quantitativo. Analogamente, l'individuazione del motivo patogeno e delle condizioni in cui i sintomi sono comparsi, costituisce l'aspetto qualitativo dell'analisi. Ora l'analisi qualitativa può aver provocato l'atteso mutamento terapeutico. Talvolta, tuttavia, dopo che i medesimi meccanismi di transfert e di resistenza si sono riprodotti un numero infinito di volte nel vissuto analitico, si verifica inavvertitamente un progresso che noi non possiamo spiegare altrimenti che come effetto di quel nuovo elemento finalmente intervenuto nell'analisi che è l'elaborare. Molto spesso succede però l'inverso, e cioè che dopo un lungo elaborare improvvisamente si apre l'accesso a un nuovo materiale mnestico, cosa che può annunciare la fine dell'analisi.

Un compito piuttosto difficile, ma comunque interessante e che a mio giudizio occorre affrontare in ogni singolo caso, è quello di eliminare a poco a poco quelle resistenze che consistono nel dubitare più o meno consapevolmente dell'analista. Viceversa la sicurezza che l'analista deve ispirare, va intesa come fiducia incondizionata e comprende, in particolare, una benevolenza costante verso il paziente, anche se questi si esprime o comporta incivilmente. In effetti si potrebbe parlare di un tentativo inconscio dei pazienti di mettere alla prova con coerenza e nei modi più diversi la pazienza dell'analista su questo punto; e non nell'ambito di una sola seduta, ma insistendovi a più riprese innumerevoli volte. Così facendo essi osservano in modo estremamente penetrante il modo di reagire del medico, spiandone i segni nel discorso, nei gesti o nei silenzi. Insomma essi lo analizzano, non di rado, con grande acume, scoprendone gli impulsi inconsci da indizi minimi e mettendolo nella necessità di sopportare questi tentativi di analisi senza mai farsi scappare la pazienza. Si

tratta di un compito che in certi casi esige uno sforzo quasi sovrumano, che però vale la pena di compiere. Infatti: se il paziente non è riuscito a scoprire alcuna forma di insincerità o travisamento da parte dell'analista a poco a poco arriva invece a vedere come sia possibile restare obiettivi anche nei confronti del bambino più malvagio, ovvero non riscontra alcuna tendenza del medico alla presunzione (malgrado le insistenti provocazioni), se insomma il paziente deve ammettere che il medico riconosce spontaneamente di aver commesso eventuali errori e imprudenze, non di rado la fatica del medico viene premiata e nel comportamento del malato si nota un mutamento più o meno rapido. Ritengo molto probabile che con questo genere di tentativi i pazienti intendano ripetere situazioni della loro infanzia, quando i parenti e le persone che si occupavano del bambino reagivano alla sua cosiddetta cattiveria con intensa affettività, provocandone l'ostinazione.

La condizione perché l'analista possa resistere a quest'attacco generale sferrato dal paziente è che abbia subito egli stesso una analisi completa. Non insisterei su questo punto, se molti non ritenessero sufficiente che il candidato alla psicoanalisi faccia conoscenza, diciamo per un anno, con i meccanismi principali mediante la cosiddetta analisi didattica, affidando quindi l'ulteriore sviluppo delle sue conoscenze all'esercizio autodidattico. Ora, in altre occasioni, io ho ripetutamente insistito sul fatto che secondo me tra analisi terapeutica e analisi didattica non c'è alcuna differenza di principio. Comunque preciserò meglio il mio pensiero dicendo che se in pratica la terapia non deve arrivare in ogni caso a quel livello di profondità che comporta un'analisi completa, ciò non vale per l'analista, da cui dipende il destino di tante altre persone. È dunque necessario che l'analista conosca e sappia padroneggiare le più nascoste debolezze della propria personalità, cosa che senza un'analisi completa, è, appunto, impossibile.

Com'è logico, le analisi mostrano che in ultima istanza i veri motivi che determinarono a suo tempo la formazione del carattere, e determinano ora le resistenze spesso camuffate in forme grottesche, non erano e non sono banali tendenze a farsi valere o a vendicarsi, bensì tendenze libidiche. E infatti, dopo che il bambino cattivo e ostinato ha esaurito senza alcun risultato tutte le sue munizioni, viene alla luce



con ingenua evidenza il suo nascosto bisogno di tenerezza e di amore. Non si può considerare terminata un'analisi in cui la maggior parte delle attività libidiche preliminari e finali della sessualità non siano emotivamente rivissute nella fantasia cosciente, tanto nelle loro manifestazioni normali che anormali: inoltre, ogni paziente di sesso maschile deve arrivare ad avere nei confronti del medico un senso di parità che denoti il superamento del complesso di castrazione; e ogni paziente di sesso femminile, se vuole considerare definitivamente risolta la sua nevrosi, deve aver superato il suo complesso di mascolinità ed abbracciare senza risentimento le possibilità mentali inerenti al ruolo femminile. Questo scopo dell'analisi corrisponde all'incirca alla tendenza a risuscitare l'ingenuità paradisiaca che Groddeck stimola nei suoi pazienti. La differenza tra me e lui consiste solo nel fatto che egli spesso tende a raggiungere questa meta partendo direttamente dal sintomo, mentre io tento di arrivarvi con l'aiuto della tecnica analitica "ortodossa", attraverso un periodo più lungo di tempo. Usando la pazienza che un tal metodo richiede, noi analisti, otteniamo lo stesso risultato anche senza esercitare una pressione particolare.

Ma il non voler fare pressioni sul paziente non significa rinunciare a quegli espedienti a cui io ricorro da quando, a suo tempo, ho proposto l'introduzione della tecnica attiva. Ciò che ho detto a questo proposito al nostro congresso di Homburg, posso sostenerlo ancora oggi; e cioè che non si può terminare un'analisi prima che il paziente, in armonia con le nostre istruzioni, che beninteso devono perdere il carattere di ordini, si decida ad adottare, dopo averci seguito nell'applicazione del metodo della libera associazione, anche alcune modifiche nel suo modo di vivere e di comportarsi. Queste ultime infatti possono contribuire a snidare e dominare dei focolai di rimozione altrimenti inaccessibili. Cacciare il paziente dall'analisi annunciandogli la dimissione, in singoli casi può dare dei risultati più celeri, ma in linea generale è sconsigliabile. Del resto, come una circostanza occasionale esterna può talvolta ridurre la durata dell'analisi, così le pressioni dell'analista possono spesso prolungarla senza necessità. La corretta conclusione di un'analisi è invece quella in cui non è il medico a dimettere il malato, né questi a decidere di finire la cura, ma l'analisi finisce per così dire per esaurimento; si tenga presente, tuttavia, che il medi-

co deve essere sempre il più sospettoso tra i due e pensare che quando il paziente insiste per andarsene, è perché vuole salvare qualcosa della sua nevrosi. Un paziente realmente guarito si stacca a poco a poco ma con sicurezza dall'analista; perciò fintantoché egli vuole continuare a venire, conviene che l'analisi continui. Il processo di distacco potrebbe anche definirsi come quel periodo di tempo in cui il paziente finisce di convincersi che con l'analisi egli si tiene pur sempre di riserva un mezzo di soddisfacimento fantasmatico, un soddisfacimento, cioè, da cui *realiter* non ricava nulla, un periodo durante il quale, nella misura in cui supera lo stato di lutto provocato dalla comprensione di questo fatto, egli si mette in cerca di altre possibilità di soddisfacimento: di possibilità reali. Alla luce dell'analisi, l'epoca della vita trascorsa nella nevrosi appare allora interamente, come Freud sapeva già molti anni fa, una epoca di lutto patologico, un lutto che il paziente cercava di spostare sulla situazione di transfert, mentre rivelandone la vera natura, si pone fine ad ulteriori tendenze alla ripetizione. Pertanto la frustrazione analitica è la risoluzione attuale delle situazioni infantili di frustrazione che stanno alla base della formazione dei sintomi.

Quando un'analisi sta per essere realmente condotta a termine, già all'approssimarsi del termine si fa un'esperienza significativa anche sotto il profilo teorico, si osserva cioè la trasformazione *dei sintomi*. Sappiamo da Freud che la sintomatologia delle nevrosi è quasi sempre il risultato di un certo processo di sviluppo psichico: chi soffre di ossessioni, per es., solo a poco a poco trasforma le sue emozioni e i suoi pensieri ossessivi in azioni coatte. Così l'isterico combatte magari per un periodo considerevole di tempo con certe rappresentazioni penose, prima che gli riesca di convertire i suoi conflitti in sintomi somatici. E colui che più tardi diverrà un demente o un paranoico, inizia la sua carriera patologica all'incirca con gli stessi sintomi di colui che soffre di isteria d'angoscia; spesso gli ci vuole un duro lavoro per accrescere il suo narcisismo e trovare così una specie di autoguarigione patologica. Non dobbiamo stupirci, dunque, se nei casi di nevrosi ossessiva, dopo un sufficiente lavoro di scavo e di distensione sul sistema intellettuale di coazioni, il paziente cominci a mostrarci dei sintomi isterici; o se l'isterico, che prima ostentava così tranquillamente i suoi sintomi di conversione, per effetto dell'analisi avverta l'insuffi-

cienza dei suoi sintomi somatici e anziché produrre, come aveva fatto fino a quel momento, moti espressivi privi di contenuto cosciente, cominci a produrre pensieri e ricordi. Si deve dunque considerare come un segno fausto il fatto che il nevrotico che soffre di ossessioni cominci a mostrare un'emotività isterica invece di pensieri privi di affetto; e che nell'isterico il pensiero divenga una passeggera ossessione. Certo, è spiacevole se nel corso della trasformazione dei sintomi compaiono anche elementi psicotici. Ma sarebbe un errore lasciarsene spaventare eccessivamente. Ho visto dei casi in cui non c'era altra via per raggiungere la guarigione che passare attraverso una psicosi passeggera.

Tutte le osservazioni che vi ho esposto oggi avevano lo scopo di convalidare la mia convinzione che l'analisi, quando nell'analista non facciano difetto la comprensione e la pazienza, può essere portata ad una risoluzione naturale; che l'analisi, dunque, non è un processo interminabile. Se poi mi chiedete se io posso registrare al mio attivo molte analisi complete, allora risponderò di no. Ciò non di meno la somma delle mie esperienze tende a confermare la conclusione che ho sostenuto in questa relazione e cioè che una volta ammaestrati a sufficienza dai nostri errori, una volta appreso, un poco alla volta, a fare i conti con i punti deboli della nostra personalità, le analisi complete diverranno sempre più numerose.