
L'ATTUALITÀ COME VINCOLO INTERPRETATIVO

Maria Ilena Marozza

Non ode, o ode in modo sbagliato,
solo colui che ascolta costantemente se stesso.
H.G. Gadamer

Vorrei iniziare queste brevi considerazioni sul colloquio clinico con un'osservazione che mi sembra un truismo, ma che forse merita di essere sottolineata, e cioè che il colloquio clinico, avendo origine dall'incontro duale ed essendo fondato sul dialogo, ha a che fare con una modalità della conoscenza che non può prescindere dall'intersoggettività né tanto meno dal peso dell'attualità. Cosa che, per quanto evidentissima, subisce spesso il destino di alcuni elementi di senso comune che, essendo sempre lì, non vengono più visti.

Vorrei viceversa, in queste brevi note, riflettere su alcune implicazioni di tale evidenza, cercando di trarne qualche spunto utile ad approfondire una tematica tipica della psicologia dinamica attuale, la quale si chiede che sapere sia quello che nasce dalla prassi clinica, e in che modo essa differisca da una competenza più speculativa o a fondamento sperimentale. Tematica che, all'interno della teoria psicoanalitica, trova un suo antecedente, ormai quasi storico, nel dibattito iniziato dagli allievi di Rapaport sulla possibilità di mantenere una metapsicologia o sul posto da assegnarle nei riguardi di una teoria fondata essenzialmente sulla clinica.

Il fatto è che il concetto stesso di clinica apre il problema dell'intersoggettività: la clinica infatti nasce dall'indagine di un uomo su un altro uomo, e pone radicalmente il problema dell'implicazione reciproca delle due soggettività. Anche la durezza del fegato palpato ha a che vedere con la sensibilità della mano che lo palpa, nonché con la suscettibilità al dubbio del proprietario della mano stessa. Eppure spesso l'intento che guida l'indagine clinica è quello di aggirare, magari con strategie molto accurate, l'ostacolo di tale implicazione per tentare di mettere a nudo la realtà psichica dell'altro. Basti pensare, ad esempio, all'intervista strutturata di Kernberg che, seppure utilizza in modo sofisticato l'attenzione all'*hic et nunc*, all'interazione medico-paziente come fonte di informazioni sulla qualità delle rappresentazioni oggettuali e di se stesso del paziente in esame, non problematizza quanto dei fenomeni osservati abbia a che fare con l'implicazione tra le soggettività in gioco e con i contesti attivati, sostenendo tutto sommato la credenza che nell'incontro clinico si manifesti la struttura psichica dell'altro e che ad essa si possano imputare i fenomeni osservati.

In contrasto con questa impostazione a vocazione più obiettiva, si delinea un tipo di conoscenza psicologica che riconosce e valorizza la propria derivazione dall'incontro clinico – a partire dalla psicologia duale di Balint, fino alla recente psicoanalisi bi-personale di Modell – e che lavora sulla convinzione che il proprio oggetto d'indagine non sia direttamente la mente dell'altro, ma l'*evento psichico* che si configura nella pratica colloquiale. Ed è, credo, a questa impostazione che vada riconosciuta la maggior sensibilità alle problematiche della clinica.

Il grappolo di interrogativi che ingenuamente vengono in mente quando ci si chiede con cosa si abbia a che fare nel colloquio clinico potrebbe schema-

ticamente essere rappresentato in queste domande:

– È davvero la psiche del paziente che si manifesta tramite le strategie colloquiali o bisogna piuttosto pensare di avere a che fare con una sorta di funzione psichica condivisa da cui difficilmente possono essere estratti, “purificati”, i due contraenti il dialogo? E conseguentemente: ma è mai concepibile una psiche isolata, separata, o l’“altro” è l’elemento imprescindibile e influente di qualsiasi sua manifestazione?

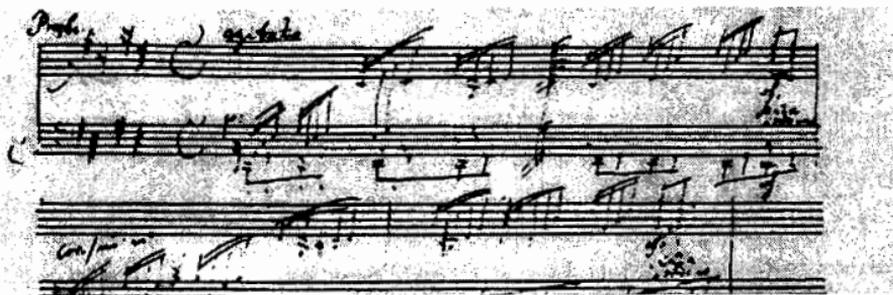
– Ma è proprio vero che ciò tramite cui traiamo le maggiori informazioni sul paziente è la sua incoercibile tendenza a ripetere, ad essere con noi come è già stato nel passato, e che l’esperienza dell’attualità vada decifrata in base a tale presupposto? O il peso dell’attualità è un vincolo determinante della specificità dell’evento?

– E conseguentemente, non può formularsi anche diversamente il problema, tanto dibattuto in questi ultimi anni, della verità dell’interpretazione analitica – costruzione o ricostruzione, verità narrativa o verità storica, arbitrarietà interpretativa in funzione esclusiva dell’efficacia o possibilità di trovare dei vincoli limitativi alle possibilità interpretative? Insistere sulla realtà della condivisione dell’esperienza psichica e sul peso dell’attualità nel costituire un vincolo interpretativo non può aprire un varco per pensare diversamente questi problemi?

È naturalmente la psicoanalisi – la disciplina che deve la propria origine all’istituzionalizzazione terapeutica e teorica dell’incontro duale e delle relative vicende interpersonali – che ha discusso più approfonditamente queste tematiche e che ha subito le più forti trasformazioni a proposito della consapevolezza di quale sia l’oggetto della propria indagine. Lo spostamento dell’attenzione teorica dal modello pulsionale intrapsichico alle relazioni oggettuali interiorizzate, all’influenza dell’ambiente e della figura pa-

rentale reale, ai fenomeni precoci di attaccamento e alle neo-natali capacità percettive della realtà ha trovato una corrispondenza nella rilevanza sempre maggiore attribuita nella clinica ai fenomeni legati all'attualità della relazione reale (quella che alcuni autori¹ riportano al transfert irrepressibile freudiano) piuttosto che ai fenomeni di ripetizione nella traslazione.

Condividendo l'assunto gadameriano secondo cui le discipline ermeneutiche attraverso il tempo non realizzano un capire *meglio* quanto piuttosto un capire *diversamente*², non vorremmo interpretare tali trasformazioni nel senso di un "progresso", ma di una trasformazione dell'ottica interpretativa relativamente all'imputazione causale dei fenomeni osservati nell'incontro clinico, dalla psiche isolata del paziente alla copartecipazione della coppia analitica all'accadere del processo stesso.



Peraltro, descrittivamente l'elemento intersoggettivo si trova alle radici della psicoanalisi. Se ritorniamo, come spesso è utile fare, alle fasi in cui un sapere si viene formando e rileggiamo, ad esempio, come Freud negli *Studi sull'isteria* arriva alla formulazione di alcuni concetti fondamentali della clinica, troviamo chiarissime tracce del percorso relazionale sotteso alle sue elaborazioni. Quando Freud, ad esempio, descrive per la prima volta la resistenza³, ne parla co-

me di un ostacolo, percepito dal medico, a procedere nel trattamento, che richiede per esser superato un lavoro da parte del medico stesso; si tratta dunque di un fenomeno che si manifesta nell'attualità della relazione terapeutica e che, noi diremmo, solo per un pregiudizio interpretativo, epocale, viene attribuito alla psiche resistente del paziente. La resistenza non avrebbe senso senza un "altro" contro cui si resiste: Freud, a partire dalla constatazione del fenomeno, porta l'"altro" dentro la psiche del paziente, dando vita alla grande immagine del conflitto intrapsichico tra le parti, mentre noi ci chiediamo che peso ha, nella manifestazione dell'evento, l'"altro" che il fenomeno percepisce, concedendoci di pensare che non è detto che se egli non fosse proprio quello, o se le condizioni non fossero tali da dover resistere, si resisterebbe⁴.

Come è stato ampiamente rilevato, uno dei pregiudizi impliciti nel fare teoria freudiana è la convinzione che di ciò che si manifesta nel processo analitico sia responsabile la psiche del paziente, attraverso la fondamentale tendenza alla ripetizione e alla riattualizzazione, nel transfert, di ciò che è stato, che in questo modo si rende conoscibile. Rispetto a tale processo l'analista, inteso come "altro" opaco e neutrale, funge da puro supporto fantasmatico, che proprio attraverso l'astinenza favorisce la ripetizione. A questo assunto fa da complemento l'idea di una psiche costitutivamente scissa e stratificata, ma comunque individuale e separata che, seppure aggetta fuori di sé attraverso le proiezioni, a sé va comunque sempre terapeuticamente riportata, nella convinzione di una tendenziale unitarietà e autosufficienza monadica della psiche che, se non coincide con la soggettività, appartiene però alla "persona" individuale.

L'idea della separatezza della mente è essenziale all'euristica freudiana, per poter trattare la psiche co-

me sistema chiuso. Per questo il concetto di "oggetto" – la componente più variabile e sostituibile della pulsione, che maggiormente richiama alla tensione verso qualcosa di esterno alla struttura – viene sempre appropriatamente considerato nell'economia psichica attraverso la "rappresentazione d'oggetto", per indicare la fondamentale differenza tra mondo interno e mondo esterno. Successivamente l'oggetto ha assunto sempre più importanza, passando dall'insignificanza fino a presentarsi quale componente influente sulla strutturazione psichica: la pur variegata teoria delle relazioni oggettuali riconosce come tratto unificante l'attenzione alle caratteristiche specifiche dell'oggetto nell'innescare una storia singolare. La stessa teoria kohutiana dell'"oggetto Sé", che alla fine viene concepito come un elemento imprescindibile della struttura psichica, ha a che vedere con l'idea di una psiche insufficiente che ha bisogno di essere sostenuta e completata dalla relazione con l'oggetto.

Sembrerebbe che questo versante della teoria analitica metta sempre più in crisi l'idea freudiana della chiusura monadica della psiche, proponendo piuttosto l'immagine di una struttura *carente*, non autosufficiente, dipendente dall'oggetto non soltanto per il proprio funzionamento, quanto bisognosa dell'altro per esser completata e dell'altro tributaria anche relativamente alla propria configurazione, derivante dalle parti che di essa attraverso la relazione vengono attivate.

Questa impostazione conferisce naturalmente grande rilievo alla specificità dell'incontro clinico, alle sue singolarità e alle sue differenze, recuperando tutta l'importanza del lavoro sull'attualità che, nella teoria classica, viene percepito essenzialmente come disturbo alla riattualizzazione transferale.

Di fatto, nella pratica classica freudiana l'attualità dell'incontro duale viene concepita come asetti-

co supporto per la messa in scena di un intreccio narrativo già inconsciamente composto dal paziente. Il famoso principio freudiano – formulato per dar conto nella necessità di interpretare la ripetizione transferale come resistenza e insieme come occasione per la trasformazione terapeutica – secondo cui «non si può sconfiggere un nemico *in absentia* o in effigie»⁵ rivela al meglio il vincolo che rende significativa l'esperienza dell'attuale: il presente diviene comprensibile solo in quanto rimanda alla riattualizzazione di un passato motivante. È pur vero che, come ordinatamente specifica Anna Freud⁶ riconoscendo una pluralità di livelli dell'esperienza duale, per transfert va inteso solo ciò che non è nuovo nella relazione analitica: ma, poiché non ci sono parole a disposizione per descrivere ciò che è nuovo, bisogna rifarsi al concetto di ripetizione per rintracciare il nesso che renda ragione dell'esperienza attuale, ricollegandola ad un percorso storico. Del presente non c'è storia, potremmo dire, se in esso non possono esser ritrovate le tracce di un precedente passaggio.

Le letture più sofisticate del testo freudiano, peraltro, non hanno trascurato di evidenziare la complessità e la non linearità della concezione del tempo e dell'imputazione causale in Freud, a partire dal suo concetto di *Nachträglichkeit*, passato nelle traduzioni attraverso la semplificazione (e, secondo molti, il travisamento) del termine adottato da Strachey di *deferred action*. Messo in risalto da Lacan nel testo freudiano e da lui genialmente interpretato nella sua teoria dell'*après-coup*, ripreso da Laplanche e Pontalis con il concetto di *posteriorità*, il termine di *Nachträglichkeit* è stato recentemente riportato all'attenzione da Thomä e Cheshire⁷, da Thomä e Kächele⁸ e da Modell⁹ in quanto concetto capace di mostrare l'efficienza strutturante dell'attualità nella costruzione del ricordo del passato.

Il termine – da alcuni tradotto con *attribuzione retrospettiva* – indica una teoria della memoria presente in Freud fin dal *Progetto* e chiaramente enunciata nella citatissima lettera a Fliess del 1896, ove Freud avanza l'ipotesi che il materiale di tracce mnestiche sia «di tanto in tanto sottoposto a una *risistemazione* in base a nuove relazioni, a una sorta di *riscrittura*»¹⁰. Negli scritti successivi il termine viene usato specialmente per descrivere il processo tramite cui un ricordo – o, come sottolineano Laplanche e Pontalis¹¹, la componente non comprensibile di un'esperienza – diviene traumatico in base all'esperienza successiva. Tutta l'interpretazione del caso dell'uomo dei lupi è condotta sulla base della *Nachträglichkeit* riguardo alla ricontestualizzazione dell'esperienza della scena primaria. In questo lavoro freudiano alcuni (Laplanche e Pontalis e, più recentemente, Thomä e Cheshire) hanno scorto l'influenza della concezione archetipica junghiana, che dà origine, in Freud, alla tematica dei fantasmi originari (con la non trascurabile differenza che, mentre per Jung l'archetipo ha il valore di una forma *a priori* strutturante l'esperienza, Freud – come mette in evidenza anche la seconda coppia di Autori – non rinunciò mai a cercare un fondamento nella realtà storica di quegli eventi). Modell, invece, tende a riconsiderare il concetto di *Nachträglichkeit* alla luce della recente teoria della memoria di Gerald Edelman, mettendo in rilievo la plasticità del ricordo, che verrebbe continuamente ricategorizzato in base all'attualità dell'esperienza. Questa impostazione conduce l'Autore a prendere atto produttivamente di alcune dimensioni “paradossali” tipiche del lavoro clinico, quali la coesistenza nell'esperienza transferale della riattualizzazione di vissuti precoci e della nuova relazione oggettuale, la sovrapposizione del tempo lineare e del tempo ciclico, l'esperienza della tra-

slazione come resistenza al ricordare e come ineliminabile *medium* della trasformazione terapeutica, la complessità dell'essere contemporaneamente l'amore di transfert vero, concreto sentimento e portatore di tutta la vita fantasmatica inconscia del paziente, in una continua sovrapposizione e scambio di "realtà" e "illusione". Ispirandosi a un'idea di Italo Calvino, Modell propone l'immagine del processo analitico come contenitore in cui diversi livelli di realtà s'incontrano trasformandosi vicendevolmente.

Certo è che il contesto interpretativo aperto dal concetto di *Nachträglichkeit* consente di liberarsi di molto dello strumentario tardo positivistico tipico di alcuna psicoanalisi, in primo luogo della concezione del tempo lineare e della semplice causazione come criterio esplicativo, favorendo piuttosto un'osmosi tra la teoria analitica classica e le concezioni della teoria della complessità. Ma anche alcuni fondamenti dell'atteggiamento clinico ne escono trasformati: se non si tratta più, infatti, di portare alla luce un ricordo attraverso la ripetizione, ma di costruirlo nell'attualità della relazione, il primo presupposto che viene a saltare è quello della neutralità (ma non certo dell'astinenza) analitica, nel senso che non sarà indifferente, nel modo in cui tale ricordo viene costruito, la figura reale dell'analista, che diventa parte in causa nella costruzione del passato.

Ne consegue un ribaltamento di valore del rapporto passato-presente: non è più il passato che, gravando sul presente, gli conferisce senso e motivazione. È piuttosto a partire da un presente esperito quale dimensione in cui si è totalmente implicati che prende forma un passato, non uno qualunque, ma proprio quello che da quel determinato presente, da quella specifica relazione, da quella configurazione singolare scaturita dall'incontro clinico si rende disponibile.

Lo spostamento di ottica interpretativa è rilevante: non si tratta più di ritrovare le tracce di ciò che è realmente accaduto, né di discutere se si abbia a che fare con una verità narrativa o storica, né di impegnarsi a sostenere il diritto di esistenza di molte ricostruzioni del passato a seconda della loro efficacia pragmatica.

Si tratta viceversa di cambiare il presupposto di partenza a favore di quanto già nel 1932 George Mead¹² invitava a pensare, asserendo che la realtà esiste solo in un *presente* al quale anche il passato, attraverso un senso di irrevocabilità, appartiene, sebbene non sia mai esistito nell'esperienza un passato irrevocabile, che non si trasformi, cioè, contestualmente al trapassare del presente.

Così il passato ci si propone come frattura, come insanabile perdita di ciò che è stato, come evento trapassato di cui resta il senso di *irrevocabilità*, poiché già *accaduto*. Ma nello stesso tempo il passato è nel presente come revocabile ricostruzione di *ciò che era*, in una struttura d'appartenenza di quell'*era* all'evento presente da cui esso prende forma. Potremmo dire che ad ogni attimo presente appartiene uno specifico passato, e questo è possibile proprio perché il passato, nel suo essere *trapassato*, è irrevocabile.

In questo senso, l'attualità dell'incontro clinico, in quanto ambito di condivisione dell'esperienza, costituisce il vincolo interpretativo attraverso cui emerge ed assume senso un passato, la cui verità, se da un lato è legata alla realtà dell'evento presente, esiste dall'altro solo nel mondo relazionale disciuso nell'esperienza dell'incontro stesso¹³.

Pensare in questi termini significa privilegiare una concezione del tempo e dell'esistenza fondata, piuttosto che sulla continuità storica, sull'accettazione dell'evento e della sua transitorietà quale unità del

reale. L'evento trascorso è perduto come realtà, ma è ritrovabile in quanto ricostruzione nella realtà di un nuovo evento, che non è più, non può più essere, quello trascorso. E forse, la diversa natura degli eventi passati rispetto agli eventi attuali può essere la base su cui immaginare il modo in cui, su un piano psicologico, coesistano un sentimento di individuale separatezza – un luogo privato del sé da cui sentiamo di provenire e al quale aspiriamo – con un'esistenza psichica che, nella sua fenomenologia, è sostanzialmente relazionale. Il senso di irrevocabilità del passato è in fondo ciò che caratterizza il nostro sentimento di essere individui separati dagli altri, il fatto di possedere una storia che ci fa differire vicendevolmente, di avere un destino e una compattezza individuale. Ma nel momento in cui ricordiamo o rievochiamo, riprendiamo contatto ricostruendo il passato – nel momento cioè in cui accediamo ad un'esperienza linguistica dell'evento passato – non possiamo che essere *in relazione*, fosse pure con un altro evocato quale ascoltatore ideale della nostra storia. Non per niente, la struttura stessa del ricordare è narrativa.

Nella realtà del presente la psiche è relazione, ed è in grado di assumere configurazioni diverse a seconda degli oggetti ai quali è intenzionata. Nel passato, che non è reale, risiede il sentimento della separatezza individuale e dell'unicità psichica. Di quest'ultima, peraltro, non possiamo avere conoscenza se non nella sua attualizzazione, così come un libro chiuso non dice nulla finché non è letto, così come un brano musicale non ha esistenza se non nella sua interpretazione.

E forse il mondo dell'individualità è effettivamente un testo chiuso e impenetrabile, costituito da una moltitudine di eventi ormai già irrevocabilmente passati. Forse proprio nella possibilità di mantenere tale chiusura risiede il senso dell'individualità, della

separatezza che ci fa sentire non penetrabili dallo sguardo dell'altro o che, in negativo, ci fa disperare della possibilità di condividere con l'altro il nostro più vero, intimo, indicibile sentimento interiore. Forse questa chiusura che rende inviolabile il mondo dell'individualità costituisce anche il limite insuperabile dell'alterità, il segno di una differenza, di una distanza che resta dietro ogni tentativo di avvicinamento. E forse in virtù di una nuova sensibilità al valore ambivalente di questo limite la pretesa dell'analista di accedere a ciò che avviene nel paziente, di sfondare la sua separatezza e di metterlo a nudo nella sua anatomia di fondo ci si presenta oggi tinta di arroganza interpretativa (lo studio anatomico si addice ai cadaveri, non già agli esseri viventi).

Peraltro, proprio a partire dalla presa d'atto sia dell'inaccessibilità di fondo del sentimento dell'individualità, sia dell'impossibilità di evocare un passato che prescindia dal contesto attuale, assume il massimo rilievo la disponibilità dell'esperienza condivisa, la realtà dell'evento in cui si è implicati, la possibilità di sperimentare e di descrivere nel modo fenomenicamente più accurato l'accadimento. E questa descrizione ha già il carattere dell'interpretazione ed è, in fondo, tutto ciò di cui abbiamo bisogno poiché, interposta tra la chiusura dei mondi individuali, rende ragione non della soggettività indagante né dell'oggettività indagata, ma solo del loro scambio, del processo attivato dal loro incontro e da cui scaturisce un dialogo. Questa è la realtà del nuovo evento, e dal fatto stesso che esso sia sperimentato scaturisce la possibilità di cambiare la storia, poiché ogni nuovo evento agisce in senso trasformativo sul passato che contribuisce a formare.

E forse in questa prospettiva può assumere anche una connotazione rinnovata il concetto di empatia, che tanto in questi ultimi anni ha dominato,

spesso in modo banalizzato, la problematica della comprensione clinica. Empatia rimanda al patire insieme, e viene di solito intesa come la capacità dell'analista di sperimentare dentro di sé il vissuto del paziente, attraverso una sintonizzazione intuitiva. In questa accezione, peraltro, si mantiene una differenza tra il paziente e l'analista, tra colui che vive un'esperienza e colui che la comprende ricevendola e ricreandola dentro di sé, una distanza che è tutt'altro che una garanzia di superamento dei mondi individuali. Viceversa, l'empatia può anche rimandare al patire insieme un'esperienza, all'essere insieme recettori di un evento che accade nel momento dell'incontro analitico e che segna in quanto copartecipanti ambedue i membri della coppia analitica, dando origine a un nuovo frammento di storia comune. Forse proprio nel momento in cui si subisce insieme la realtà dell'evento può essere immaginata la fusione degli orizzonti, nel momento in cui si perde la qualità di mittente o destinatario della comunicazione, e si patisce insieme l'imposizione di una realtà comune.

L'empatia, in questo senso, è il segno dell'attualità, dell'esposizione simultanea all'accadere del reale, il segnale che si è creata una situazione di mutua implicazione, di comunanza.

Quando la pioggia cade, cade allo stesso modo su tutti gli elementi, anche se produce effetti diversi sulla terra, sulle rocce o sulle acque. Ciò non toglie che il fatto che sia piovuto venga patito in una stessa esperienza da ogni elemento, e che a partire da questo evento condiviso gli elementi separati diano origine ad una storia comune che, originandosi dagli effetti della pioggia, crea nuova storia, nuove implicazioni, dischiude mondi.

Probabilmente privilegiando l'interpretazione dell'incontro clinico come momento di esposizione

comune all'accadere delle cose vengono anche a sfumare molte delle problematiche angosciose relative al bisogno di definire nella prassi clinica ciò che è reale o ciò che è immaginario, ciò che è storicamente vero o ciò che è narrativamente costruito, e possono anche essere messe da parte certe acrobazie intellettuali quale la concezione dei diversi livelli di realtà.

Come dice Jung¹⁴, reale è ciò che agisce, o, come pensa Mead¹⁵, reale è l'evento presente, o, come scrive Iser¹⁶, reale è il momento dell'attualizzazione nel lettore della finzionalità del testo in un evento della propria vita, e queste definizioni forse possono aiutare ad alleggerirsi da un'ontologia troppo pesante.

A chiusura di queste brevi note, vorrei richiamare la frase gadameriana posta *in exergo*: «Non ode, o ode in modo sbagliato, solo colui che ascolta costantemente se stesso»¹⁷, perché mi sembra il presupposto fondamentale all'approccio clinico, che non può caratterizzarsi se non come apertura all'ascolto e disposizione a subire una dislocazione, dalla chiusura nella soggettività alla copartecipazione all'evento. La funzione del colloquio clinico non è sostituibile da alcun'altra tecnica, poiché in esso è espresso il bisogno della psiche di venire ad essere riplasmandosi attraverso la recezione comprensiva. L'unico vero ostacolo alla comprensione clinica è il rifiuto da parte di uno qualunque dei due contraenti il dialogo al mettersi in gioco opponendo al lavoro sull'attualità dell'esperienza clinica una rigidità pre-comprensiva che, attraverso l'applicazione all'esperienza di un canone già fissato, non consente di cogliere il movimento del "farsi" psichico che, per poter essere, necessita dell'implicazione e della partecipazione recettiva dell'altro.

Scrivendo Vattimo¹⁸ che per Gadamer è una vera esperienza (e un'esperienza di verità) quella che trasforma effettivamente colui che la fa e insieme anche

l'oggetto. Il sapere psicologico che nasce dall'incontro clinico e che voglia essere rispettoso della propria origine empirica e intersoggettiva non può dimenticare che la sua verità deve ancorarsi all'attenzione e alla descrizione fenomenologicamente più rispettosa dell'attualità della quale ogni ricostruzione storica è tributaria: poiché, se la verità dell'esperienza è radicata nella disposizione comune a mettersi in gioco e a lasciare che il proprio orizzonte comprensivo si trasformi nell'incontro, la scienza clinica dovrà avvalersi non di precetti, ma di descrizioni, di resoconti che aiutino ad ampliare la propria competenza di lettori, affinando il rispetto e la capacità recettiva per l'alterità.

1 H. THOMÄ, H. KÄCHELE (1985), *Trattato di terapia psicoanalitica*, vol.1, Bollati Boringhieri, Torino, 1990, pag. 87. MODELL, A. (1990), *Per una teoria del trattamento psicoanalitico*, Cortina, Milano, 1994, pagg. 9 e sgg.

2 H.G. GADAMER (1960), *Verità e metodo*, Bompiani, Milano, 1983, pag. 346.

3 S. FREUD (1892-95), *Studi sull'isteria*, in *Opere*, vol. 1, Boringhieri, Torino, 1967, pag. 307 e pag. 406.

4 Ogni analista ha esperienza di tali e tanti episodi di questo genere che sottolinearli rasenta la banalità. Basta pensare a resoconti portati da pazienti di precedenti incontri clinici assolutamente diversi, o alle comunicazioni tra colleghi che hanno visto lo stes-

so paziente e che si trovano a descrivere persone del tutto differenti. Se vogliamo però dare una consistenza teorica a tale ingenua constatazione, ci troviamo necessariamente a dover conferire un grosso peso all'influenza dell'attualità sui modi di manifestazione della psiche, nonché una prevalenza alla relazione "reale" sui fenomeni ripetitivi. Certamente il problema può essere affrontato dicendo che i fenomeni proiettivi, transferali e non, vengono attivati da percezioni dell'altro che fanno in modo che egli si presti a divenire "portatore di proiezione". Ma questa osservazione vale soltanto ad aprire una sequela enorme di problemi, primo tra tutti la differenza – se c'è – tra proiezione e percezione, tra mondo interno e mondo esterno, mentre è già sufficiente a far sfumare

l'idea di una mente chiusa ed individuale, analizzabile a prescindere dall'attualità.

5 S. FREUD (1912), *Dinamica della traslazione*, in *Tecnica della psicoanalisi*, in *Opere*, vol. 6, Boringhieri, Torino, 1974, pag. 531.

6 S. FREUD (1936), *L'Io e i meccanismi di difesa*, in *Opere*, vol. 1, Boringhieri, Torino, 1978, pagg. 161-2.

7 H. THOMÄ, N. CHESHIRE (1991), *Freud's "Nachträglichkeit" and Strachey's "deferred action": trauma, constructions and the direction of causality*. «Int. Rev. Psycho-Anal.», 18, pagg. 407-27.

8 H. THOMÄ, H. KÄCHELE (1988), *Trattato di terapia psicoanalitica*, vol. 2, Bollati Boringhieri, Torino, 1993, pagg. 119 e sgg.

9 A. MODELL (1990), *Per una teoria del trattamento psicoanalitico*, op. cit., pagg. 2 e sgg., pagg. 18 e sgg., pagg. 69 e sgg.

10 S. FREUD (1887-1904), *Lettere a Wilhelm Fliess*, Boringhieri, Torino, 1986, pag. 236.

11 J.B. LAPLANCHE, J.B. PONTALIS (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1993, pagg. 426 e sgg.

12 G.H. MEAD (1932), *La filosofia del presente*, Guida,

Napoli, 1986, pagg. 39 e sgg.

13 La sottolineatura così decisa dell'importanza dell'attualizzazione nella relazione clinica come forma di emergenza rinnovata del passato implicitamente trova un modello interpretativo nella teoria della recezione estetica della Scuola di Costanza, che, specialmente attraverso i contributi di Jauss e di Iser, ha messo in risalto quale momento fondamentale della vita di un'opera quello della sua recezione da parte di un fruitore che, interpretandola, la realizza. Questi Autori tendono ad interpretare il concetto gadameriano di *Wirkungsgeschichte* - la storia degli effetti - piuttosto che come formazione di un canone interpretativo attraverso la storia delle successive interpretazioni dell'opera, come un processo attivo di comprensione che, pur non rinnegando l'importanza della tradizione, scaturisce dall'atto della recezione estetica, entrando in polemica con Gadamer rispetto alla canonicità del classico: JAUSS, H.R. (1982), *Esperienza estetica ed ermeneutica letteraria*, vol. 1, Il Mulino, Bologna, 1987, pag. 32. In particolare, l'analisi fenomenologica condotta da Iser sull'atto della lettura insiste molto sul carattere di evento (secondo la descrizione di Whitehead), di reale esperienza prodotta nella vita del lettore dall'attualizzazione dell'opera.

14 C.G. JUNG (1933), *Realtà e surrealità*, in *Opere*, vol. 8, Boringhieri, Torino, 1976, pag. 411.

15 G.H. MEAD (1932), *La filosofia del presente*, op. cit.

16 W. ISER (1978), *L'atto della lettura*, Il Mulino, Bologna, 1987.

17 H.G. GADAMER (1972),

L'incapacità del comunicare, in Verità e metodo, vol.2, Bompiani, Milano, 1996, pag. 182.

18 G. VATTIMO (1983), *L'ontologia ermeneutica nella filosofia contemporanea*, introduzione a H.G. GADAMER (1960), *Verità e metodo*, Bompiani, Milano, 1983, pag. VIII.