

La triade edipica nella metateoria della psicoanalisi

Shlomo Mendlovic

Shalvata Mental Health Center e Programma di Psicoterapia dell'Università di Tel Aviv, Israele

(traduzione a cura di Catia-Isabel Santonico Ferrer e Arturo Casoni)

Vorrei aprire questo intervento ringraziando l'IPRS per il gradito invito a partecipare a questo convegno. Durante gli ultimi 5 anni, noi del Salvata Mental Health Center insieme ai colleghi dell'IPRS, abbiamo condiviso l'interesse per una ricerca comune che ha avuto come oggetto la psicoanalisi nei suoi aspetti tanto teorici, quanto relativi alla pratica professionale e alle tecniche psicoanalitiche. In vari modi (noi del SMHC e i colleghi dell'IPRS) abbiamo continuato ad insistere nella definizione e puntualizzazione delle differenze nei nostri approcci, nel tentativo di proporre un'unica visione della triade edipica, tema che è infatti al centro di questa presentazione.

Nei prossimi 30 minuti, vorrei rivendicare l'importanza della teoria edipica nell'ambito della meta-teoria psicoanalitica. L'obiettivo della mia presentazione è quello di reintrodurre nel campo della psicoanalisi il conflitto edipico, le tensioni ed il disaccordo al suo interno. Questa presentazione infatti mira a restituire ruolo e importanza alla diversità delle prospettive, degli approcci e delle concezioni del mondo psichico: affermazione che nasce dall'assunto che solo demarcando le differenze teoriche è possibile indagare l'essenza delle teorie e da lì espandere la nostra conoscenza della vita mentale.

La psicoanalisi è significativamente cambiata durante i 130 anni che hanno segnato il suo sviluppo. I primi 60 anni sono stati dominati da modelli centrati sul conflitto pulsionale. Modelli fissati dallo stesso Freud nelle forme del metodo catartico, e dei modelli topografico e strutturale. Dopo la morte di Freud, i modelli centrati sul conflitto pulsionale hanno assunto nuova forza confluendo nella "Psicologia dell'Io", una prospettiva che ha dominato la psicoanalisi Statunitense fino a metà degli anni '70 del secolo scorso. I modelli del conflitto pulsionale concepivano la patologia come il fallimento nella regolazione delle pulsioni e nella risoluzione ottimale del conflitto pulsionale. Lo strumento terapeutico sostenuto da questi modelli era l'interpretazione, che se adeguatamente condotta, produceva effetti mutativi e di cura. I modelli del conflitto pulsionale consideravano la sola psicologia del paziente e

concepivano il terapeuta come uno “scienziato”, un osservatore che investiga il mondo interno del paziente nel tentativo di individuare coartamenti affettivi, contenuti inconsci disturbanti o un Io debole. Tali modelli sono però lontani da qualsiasi esplorazione della psicologia del terapeuta e per questo vengono definiti “modelli psicologici centrati su 1 persona (il paziente)”.

Il secondo gruppo di modelli psicoanalitici era centrato sul concetto di arresto dello sviluppo. In contrapposizione agli approcci fondati sul conflitto pulsionale, che interpretavano l’umana esistenza come una incessante battaglia tra e contro le pulsioni, i modelli centrati sull’arresto dello sviluppo sottolineavano l’importanza del processo di sviluppo in corso come caratteristica degli esseri umani. La principale azione terapeutica nel “modello di arresto dello sviluppo” mirava a sostenere e stimolare la crescita del paziente attraverso la soddisfazione e la frustrazione (ottimale) dei suoi bisogni. Differenziandosi dai modelli del conflitto pulsionale, che si affidavano unicamente alle capacità di comprensione del terapeuta, i modelli fondati sull’arresto dello sviluppo consideravano anche alcuni aspetti del mondo soggettivo dell’analista. Da qui viene la definizione di “modelli psicologici centrati su 1 persona e mezza”. I due principali esponenti teorici dell’approccio dell’arresto dello sviluppo sono Donald Winnicott e Heinz Kohut, fondatori (rispettivamente) della “Scuola di mezzo” e della Psicologia del Sé.

Il terzo, e più contemporaneo insieme di modelli psicoanalitici viene raggruppato sotto il nome di Psicoanalisi relazionale. I modelli relazionali evidenziano l’importanza che l’esperienza soggettiva ha nell’esistenza umana e il ruolo che gli altri soggetti significativi giocano nel generare, consolidare, definire, custodire ed espandere la soggettività dell’individuo. Gli strumenti terapeutici adottati dagli approcci relazionali sono legati ad eventi transferenziali in grado di promuovere la soggettività del paziente, alcuni di tali eventi fortemente collegati con la soggettività del terapeuta. Questi modelli sono quindi detti “modelli psicologici centrati su 2 persone”. La psicoanalisi intersoggettiva e la scuola relazionale sono i due più ovvi rappresentanti dell’approccio relazionale nella psicoanalisi contemporanea.

Nel corso del suo sviluppo le idee sulla natura della psicopatologia – e quindi sulla natura umana –, sugli strumenti terapeutici e sulla relazione paziente-terapeuta sono cambiate in modo significativo. La natura umana è passata dall’essere rappresentata come dato pulsionale ad un processo di sviluppo ininterrotto (o meglio interrotto il meno possibile), e da qui a fondarsi su una costante richiesta di soggettività lungo il percorso che porta all’acquisizione di un Sé saldo e allo sviluppo, da parte del paziente, della capacità di esprimere e realizzare i

propri desideri e la propria creatività. Gli strumenti terapeutici sono evoluti dalla “interpretazione mutativa” di Strachey alla “sufficientemente buona” soddisfazione e frustrazione dei bisogni, e da questo allo sforzo costruttivo di rafforzare la soggettività del paziente.

Conseguentemente a ciò, anche la posizione del terapeuta è cambiata. Mentre, inizialmente, nel modello pulsionale, il terapeuta era visto come uno scienziato concentrato sulle coartazioni e sulle anomalie del mondo interno del paziente (“psicologia centrata su 1 persona”), con il modello dell’arresto dello sviluppo la posizione del terapeuta diviene quella della “madre sufficientemente buona” (“psicologia centrata su 1 persona e ½”), fino all’attuale concezione costruttivista propria degli approcci relazionali contemporanei che sostiene che il mondo interno del paziente è parte di un’esperienza condivisa con il terapeuta (“psicologia centrata su 2 persone”).

Le considerazioni fatte intorno alla teoria psicoanalitica, allo strumento terapeutico e alla posizione del terapeuta rivelano quanto plastica sia la teoria psicoanalitica, e mostrano, sia pur in parte, la sua natura di sistema in continuo rinnovamento. Ora, spostiamo la nostra attenzione dalla teoria alla meta-teoria, dalla relazione all’interno della teoria – ovvero tra il paziente ed il terapeuta -, alla relazione *tra* le teorie, lo spazio che chiamiamo *inter-teorico*. Invece di chiederci “qual è la teoria?” o “cosa implica la teoria dal punto di vista della tecnica?”, dovremmo sollevare questioni di ambito meta-teorico del tipo “qual è la relazione tra le teorie, come si sviluppano? Quali sono i punti di accordo e di disaccordo tra di esse?”. Gli aspetti meta-teorici sono strettamente correlati alle “politiche” della psicoanalisi, tema che esula dall’ambito di questa presentazione.

Quello che vorrei invece mostrare è che è in corso un cambiamento inquietante nella meta-teoria della psicoanalisi.

Mentre ai suoi inizi, tra il 1880 e la metà degli anni ‘60 del XX secolo, la psicoanalisi era alimentata dalle frizioni e dai conflitti tra teorie in competizione, al giorno d’oggi è quasi impossibile discernere con chiarezza l’una dall’altra le varie prospettive psicoanalitiche. Basti pensare, ad esempio, alla relazione tra la “Psicologia dell’Io” (un’evoluzione del modello pulsionale) e l’approccio proposto da Melanie Klein (precedente ai modelli dell’arresto dello sviluppo). Queste due prospettive erano manifestamente opposte e adottavano delle premesse teoriche completamente diverse. La Psicologia dell’Io e la scuola Kleiniana erano in contrasto su quasi ogni aspetto: l’importanza delle pulsioni, la relazione tra mondo intra-psichico e inter-psichico, lo schema e le fasi dello sviluppo, la natura dei meccanismi di difesa, gli obiettivi e le tecniche della psicoanalisi, e così via...

Così come, nella teoria Edipica, il bambino espande il proprio mondo interno attraverso il triangolo Edipico, così la psicoanalisi ha ampliato e approfondito la sua visione di tali

processi interni. Ed ancora, tanto importante è il triangolo Edipico per l'identità del bambino in crescita, tanto le tensioni tra le teorie all'interno della psicoanalisi sono state un catalizzatore fondamentale del suo sviluppo e del consolidarsi dell'identità della psicoanalisi stessa.

Nell'ambito della meta-teoria della psicoanalisi, la teoria Edipica ha avuto il suo apice tra gli anni '50 e '60 del XX secolo. Il pensiero psicoanalitico fu allora attratto da una serie di approcci contrapposti: il polo ortodosso, con la sua enfasi su pulsioni e conflitti; il polo kleiniano, che sottolineava l'importanza dell'aggressività e del dramma psichico interno; la "scuola di mezzo" di Winnicott, che vedeva la terapia in termini di sviluppo; le teorie della Relazione Oggettuale di Fairbairn e Guntrip; la psicoanalisi interpersonale di Harry Stack Sullivan con il suo focus sulle relazioni inter-personali; e altri approcci che, al principio della sua storia, avevano intrapreso una strada esterna al movimento psicoanalitico (ad esempio, le prospettive Adleriane e Jungiane).

Durante gli anni '70 le cose cominciarono a cambiare. Tra le ragioni principali che hanno condotto la psicoanalisi ad un cambiamento è stato il *pensiero postmoderno*: il nuovo movimento imperante ha reso indefiniti i confini tra le teorie e si è opposto a qualsiasi tentativo di dichiarare "verità universali" intorno al mondo psichico. L'atmosfera post-moderna ha reso nebulosi i confini tra le teorie psicoanalitiche, fino alle attuali, poco differenziate posizioni. Di conseguenza, le relazioni tra le teorie nel XXI secolo sono chiaramente *non-Edipiche*. Non sono alimentate da discordanze, e non viene fatto alcun genuino sforzo per far emergere le loro differenze, laddove ve ne sono. Al contrario: le teorie psicoanalitiche contemporanee si immergono reciprocamente, si confondono l'una nell'altra. Le diversità ed i contrasti, fattori così importanti nel processo di affinamento teorico, sono messe in sordina, mentre le teorie perdono in acutezza, chiarezza e adeguatezza/sensibilità. Invece di costruire una relazione Edipica, le teorie psicoanalitiche richiamano alla mente l'indefinita famiglia ultra-moderna, i cui confini sono infranti e le identità liquide.

Qual'è quindi la missione della psicoanalisi nel prossimo futuro? Cosa può essere fatto per ristabilire le sue edipiche, meta-teoriche tensioni? Per quanto posso vedere, il compito più urgente è quello di ridefinire i concetti, le premesse, ed i principi guida delle varie teorie. La meta auspicata può apparire ambiziosa, ma dovrebbe mirare a costruire una mappa interiore che guidi il terapeuta nell'utilizzo di teorie differenti in momenti diversi della terapia. Questo lavoro ci permetterà di espandere la nostra visione del paziente, di ampliare la comprensione e moltiplicare i punti di vista. Un traguardo ancora più auspicabile sarebbe quello di permettere al terapeuta di pensare ad un momento specifico della terapia adottando in simultanea modelli diversi. In tal caso, non solo si espanderà la nostra comprensione del paziente ma la stessa

psiche del terapeuta sperimenterà una nuova vitalità. La discordanza nelle prospettive, non solo saprà suggerire spiegazioni alternative, ma aprirà un dialogo interiore nel terapeuta.

In qualche modo, questo approccio è in accordo con la nostra concezione della fase Edipica: se avverrà, la risoluzione della fase Edipica non sarà semplicemente l'esito di una decisione schizo-paranoide ('In chi mi identifico?' 'Con il padre potente?' 'O invece con la madre oggetto di desiderio?'), ma dell'accettazione "depressiva" e integrativa della molteplicità delle teorie che riecheggiano l'una nell'altra.

Ciò che quindi sostengo è che idealmente le teorie dovrebbero abitare parallelamente il *setting* terapeutico. Dovrebbero oscillare, comunicare tra loro, arricchendo la nostra comprensione del paziente. Un esempio saliente di questo è l'esperienza che facciamo durante le supervisioni dei nostri giovani terapeuti. Il terapeuta porta in supervisione l'inconscio del paziente (ad esempio, un sogno) e lo legge attraverso uno specifico riferimento teorico. Noi lo discutiamo, ampliamo la nostra comprensione del paziente attraverso l'esplorazione dell'intima, diadica relazione tra l'inconscio e quella specifica teoria. Quindi, suggeriamo un'altra spiegazione, adottando un altro riferimento teorico. Allora, e solo allora, il "vero gioco" comincia, l'inconscio si amplia. La tensione tra le due teorie (quella suggerita dal terapeuta, e quella proposta da noi) si fa accesa, emergono dissonanze e conflitti. Il triangolo Edipico (l'inconscio, una teoria, l'altra teoria) crea frizione e calore. L'inconscio del paziente comincia ad espandersi, così come l'inconscio del terapeuta. Perché il terapeuta ha preferito, in primo luogo, quella specifica teoria? E come si sente di fronte alla teoria alternativa? Si sente attratto? Intimorito? Respinto? E come questo cambio di prospettive lo aiuta a precisare la propria impronta come terapeuta? Ad evolvere come terapeuta? E come essere umano?

Il richiamo Edipico ad una discussione teorica di confronto e di ricerca identitaria nella psicoanalisi, può suonare anacronistico. Eppure, proprio - o specialmente? - in un'era dominata da un pensiero rizomico, in espansione, proprio in tempi che prediligono la molteplicità della dialettica Hegeliana alle pure argomentazioni Socratiche, proprio ora diventa essenziale l'appello alla de-liquificazione del triangolo Edipico. Spero che questa presentazione abbia saputo accendere qui una fiamma di questa triangolazione argomentativa.