

Capitolo 1

Storie cliniche e resoconti di trattamento

Considerazioni preliminari

La crisi della teoria psicoanalitica, che abbiamo esaminato nel primo volume (cap. 1), si riflette inevitabilmente anche nella pratica. Nell'ultimo decennio, inoltre, si è reso evidente che le prospettive teorico-applicative della terapia psicoanalitica comportano una revisione di molti concetti importanti per la pratica. In particolare è essenziale differenziare la teoria della formazione e della spiegazione dei disturbi psichici e psicosomatici dalla teoria del cambiamento terapeutico e delle modalità con cui esso viene realizzato. Naturalmente tutti gli assunti relativi ai cambiamenti strutturali si basano sull'osservazione di variazioni e modificazioni dei sintomi.

Il titolo di questo capitolo intende richiamare la tensione che nell'opera di Freud caratterizza il rapporto fra la teoria della genesi e la teoria del cambiamento.

Il «ritorno a Freud» (1.1) ci porta a concludere che nei resoconti clinici da lui pubblicati non sono state trattate in modo scientificamente soddisfacente le due polarità di questa tensione. La famosa tesi del *legame inscindibile fra terapia e ricerca* ha bisogno di una revisione. Per i fondamenti della terapia psicoanalitica si aprirebbe un promettente nuovo inizio, qualora si prendesse in seria considerazione l'importanza della teoria del trauma ripetuto anche nella strutturazione della situazione terapeutica, vale a dire qualora si considerasse che la configurazione di questa possa contribuire a una ripetizione e quindi a un rinforzo del trauma originario.

La ricerca di criteri scientifici nel redigere le storie cliniche e i resoconti di trattamento richiede necessariamente di sperimentare diverse modalità di presentazione. Da circa trent'anni siamo impegnati, insieme a numerosi altri analisti, nell'impresa di riprodurre il dialogo psicoanalitico nel modo più fedele possibile. In questo capitolo (1.2, 1.3) segnaliamo le importanti tappe

attraverso le quali siamo giunti a strutturare i resoconti clinici, come spiegheremo con esempi nei capitoli successivi. Oggi siamo in una fase ulteriore. Le audioregistrazioni rendono accessibile a terzi una riproduzione affidabile del dialogo psicoanalitico. Data l'importanza di questo ausilio tecnico per il training avanzato e per la ricerca, in 1.4 entreremo nel vivo della disputa che da tempo si va trascinando sull'argomento, e alla cui risoluzione speriamo di contribuire con gli esempi riportati in 7.8.

1.1 Ritorno a Freud nella prospettiva del futuro

I resoconti clinici di Freud spesso costituiscono un'introduzione particolarmente utile alla sua opera. Jones (1954, pp. 318 sg.) afferma che il caso di Dora, il primo dei suoi grandi casi clinici dopo gli *Studi sull'isteria*,

è servito per anni da modello ai giovani psicoanalisti e, sebbene da allora le nostre conoscenze siano grandemente progredite, esso costituisce tuttora una lettura quanto mai interessante. Fu il primo degli scritti non neurologici di Freud nel quale m'imbattei, all'epoca in cui venne pubblicato, e ricordo benissimo la profonda impressione che mi fecero l'intuizione e l'estrema cura dei particolari che esso rivelava. Ecco un uomo che non solo ascoltava attentamente ogni parola detta dal suo paziente, ma che considerava tali parole e ogni altra minuzia fatti tanto precisi e bisognosi di correlazione quanto qualsiasi altro fenomeno del mondo fisico.

È quindi particolarmente significativo che proprio a proposito di questo caso Erikson (1962) abbia riscontrato una sostanziale debolezza nella spiegazione freudiana riguardo all'etiologia e alla terapia (vedi vol. 1, 8.6). Il suo discorso, in qualità di presidente, alla American Psychoanalytic Association segnò l'inizio di una serie di critiche alle spiegazioni etiologiche fornite da Freud nelle *storie cliniche* e alla sua tecnica descritta nei *resoconti di trattamento*. Di fronte all'incessante moltiplicarsi di pubblicazioni di questo tenore, Arlow (1982) manifestò la propria preoccupazione per questo continuo riferimento a oggetti passati, sostenendo che dovremmo una volta per tutte mettere da parte questi «compagni d'infanzia» che nel passato ci erano stati così utili, e passare a preoccuparci di problemi attuali.

Che Anna O., il piccolo Hans, Dora, il presidente Schreber, l'uomo dei topi e l'uomo dei lupi siano stati i nostri amori giovanili è certo assai importante, così come è importante stabilire in quali circostanze ciò sia potuto accadere. Gli istituti di formazione sono i tramiti di queste «amicizie», e se ne servono per familiarizzare i candidati con l'opera di Freud terapeuta, scienziato e autore.

Mentre scrivevamo questo trattato abbiamo rivisitato le nostre personali passioni giovanili, e abbiamo approfondito alcune delle più ampie storie cliniche di Freud. Anche se dopo diverse riletture vi è sempre qualcosa di nuovo da scoprire, abbiamo qualche riserva di carattere ermeneutico sul richiamo

di Lacan (1966) a un «ritorno a Freud». D'accordo con Laplanche (1989, p. 16), «preferiamo parlare di *ritornare su* Freud, poiché è impossibile ritornare a Freud senza lavorare su di lui, senza farne l'oggetto del nostro lavoro». Su questa via, le nostre «amicizie giovanili» ci appaiono diverse da un tempo, quando provavamo entusiasmo per Katharina o per il piccolo Hans.

Abbiamo sempre guardato le storie cliniche freudiane in una luce particolare, e purtroppo ci siamo preoccupati poco di come lo stesso Freud abbia inteso i propri testi. In fin dei conti, siamo stati indotti ad amare la psicoanalisi non solo da Freud, ma anche da diversi padri spirituali che ci chiedevano di condividere i loro personali punti di vista. A chi dunque possiamo fare riferimento oggi, ritornando su Freud, per rivitalizzare quelle idee e procedere verso quel futuro che Arlow e Brenner (1988) e anche Michels (1988) ipotizzano nelle loro proposte di riforma del training psicoanalitico?

Considerata l'ampiezza del compito di determinare quali elementi appartengano ormai al passato, è impossibile fare riferimento a un unico nome, sia pure dell'importanza di Rapaport (1960), che arrivò a prevedere la probabilità di sopravvivenza dei concetti essenziali della psicoanalisi. A quale intermediario dobbiamo allora rivolgerci, nel tentativo di svolgere questo compito ermeneutico? Anche se non è al nome di Ermes che può essere fatto risalire etimologicamente il concetto di ermeneutica, egli ha comunque partecipato, come messaggero e come mediatore fra gli dei e i mortali, alle faccende terrene, nelle quali ha sempre agito secondo i propri interessi. Lo stesso accade a quegli interpreti che tentano di rendere giustizia all'opera di Freud senza perdere di vista i propri interessi. Gli analisti non sono i soli a vivere dell'eredità di Freud; ciò vale anche per i numerosi autori per i quali l'eredità di Freud è il palcoscenico della loro critica.

La conquista di un proprio orientamento da parte dell'analista può essere considerata una forma particolare di traduzione? Il dubbio è sorto quando Brandt (1977) applicò il gioco di parole italiano «traduttore-traditore» alla *Standard Edition*, facendo del «traduttore» Strachey il «traditore», e l'incertezza è andata aumentando dopo la pubblicazione del lavoro provocatorio di Bettelheim (1982). Dopo le critiche alla traduzione di Strachey da parte di Bettelheim, Brandt (1961, 1972, 1977), Brull (1975), Ornston (1982, 1985a,b), Mahony (1987), Junker (1987) e Pines (1985), la difficile situazione degli psicoanalisti angloamericani che si erano fidati della *Standard Edition* non può essere illustrata meglio che dall'ironico titolo di Wilson (1987): *Strachey ha inventato Freud?* La risposta è evidente (vedi Thomä e Cheshire, 1991).

Negli ultimi anni, la critica ingiustificata ed esasperata all'ammirevole lavoro di Strachey ha portato il dibattito su un binario morto distogliendo l'attenzione dalle vere ragioni della crisi della psicoanalisi. È perciò più che mai semplicistico voler risolvere la crisi che si ritiene originata dalla *Standard Edition* facendo ricorso a una nuova traduzione. Oltre a constatare gli errori

e i fraintendimenti di alcuni brani da parte di Strachey, che sono già stati giustamente evidenziati da molti autori, la critica alla *Standard Edition* riguarda la questione ermeneutica se la traduzione di Strachey abbia travisato globalmente l'opera di Freud. Segnalare errori di traduzione che portano a travisamenti è relativamente facile. Ma ci troviamo di fronte a difficoltà più di principio (e questo non riguarda solo l'opera di Freud), poiché l'ermeneutica, cioè la teoria dell'interpretazione dei testi, non fornisce alcun criterio cui potersi aggrappare come a una corda di sicurezza durante una difficile scalata. Concordiamo con Schleiermacher quando afferma che è pur sempre possibile, per un lettore, identificarsi con un autore sia oggettivamente che soggettivamente. Identificarsi con l'autore è una delle premesse per poter interpretare un testo e quindi comprenderlo meglio dell'autore stesso (vedi Hirsch, 1976, pp. 37 sg.). Questo compito consiste, secondo Schleiermacher, nel «comprendere la frase dapprima come l'autore, e poi meglio di lui». Ogni lettura arricchisce la nostra conoscenza di base e ci mette in una posizione migliore per comprendere; così prosegue Schleiermacher: «Solo di fronte a cose insignificanti ci accontentiamo della nostra comprensione immediata.»

Quando leggiamo i resoconti dei trattamenti di Freud, le nostre esperienze fungono ovviamente da termini di paragone, e così col passare del tempo si rafforza la nostra fiducia di poter comprendere l'argomento meglio del fondatore della psicoanalisi.

La crescita delle conoscenze sul nostro argomento (in questo caso, la tecnica psicoanalitica) è alimentata da varie fonti. La discussione critica dei resoconti di trattamento di Freud ci ha permesso di obiettarli, e oggi consideriamo queste nostre «passioni giovanili» diversamente dal tempo dei primi approcci. Inoltre siamo aiutati a formarci un'esperienza personale, poiché ogni psicoanalista creativo ha scoperto nuovi e diversi aspetti dell'argomento, che hanno prodotto cambiamenti nella clinica e nella teoria.

Pensando ai molti psicoanalisti e altri interpreti di Freud dai quali noi stessi abbiamo imparato molto, nei nostri studi su Freud, chiediamo al lettore di condividere provvisoriamente la nostra interpretazione. Nei due volumi di questo trattato, riteniamo di essere giunti a una conclusione preliminare sui fondamenti teorici della psicoanalisi e sulla sua efficacia come terapia, che può costituire una solida base di partenza. Sono numerosi i problemi che restano aperti, nel nostro tentativo di comprendere l'attuale crisi della psicoanalisi a partire dagli scritti di Freud e dalla loro ricezione nel movimento psicoanalitico e nella storia delle idee. Consapevoli delle numerose implicazioni di questo problema, abbiamo esitato a lungo prima di concentrare in poche frasi quanto avevamo da dire. La grande intuizione di Freud fu di riunire in un *legame inscindibile (Junktim)* il metodo terapeutico interpretativo da lui scoperto con le spiegazioni causali, cioè con lo studio della genesi delle malattie psichiche e psicosomatiche.

Se per la dimostrazione delle connessioni causali si pretende che i dati siano indipendenti dall'influenza del terapeuta, allora la terapia distrugge la scienza. D'altra parte, l'analista che ritenga di poter rinunciare a qualsiasi influenza per ottenere solo attraverso l'interpretazione dati «puri», danneggia irrimediabilmente la terapia senza avvicinarsi maggiormente a una spiegazione teorica, se rivendica l'*indipendenza* dal ricercatore. È evidente che l'analista che interpreta influenza il paziente, anche se è chiaro che egli orienta le sue interpretazioni solo all'inconscio, senza altri scopi; ma questo è impossibile. Anziché eliminare le manipolazioni, in questo modo si apre la porta a manipolazioni occulte.

Nel *legame inscindibile* di Freud è insito dunque un dilemma che oggi viene ampiamente ignorato, poiché egli affermava che l'osservanza delle regole serviva tanto alla terapia quanto alla ricerca. La magia di queste parole esercitò nel corso dei decenni un effetto tranquillizzante, e sembrò risolvere in un sol colpo i problemi terapeutici e scientifici della psicoanalisi. Solo recentemente è diventato evidente quanti problemi metodologici debbano essere risolti per mettere in pratica questa affermazione di Freud. Essa implica che l'efficacia terapeutica, cioè il cambiamento sintomatico e strutturale, e la verità delle ipotesi esplicative, siano le due facce della stessa medaglia: l'oro puro del metodo psicoanalitico senza la suggestione *diretta*. Naturalmente i problemi scientifici e terapeutici sono rappresentati dall'inevitabile e necessaria influenza indiretta esercitata dall'analista sul paziente.

Dal confronto tra *storie cliniche e resoconti di trattamento* risulta significativamente evidente che la ricostruzione scientifica della genesi delle malattie psichiche e psicosomatiche (nelle storie cliniche) segue criteri diversi rispetto all'esposizione dei resoconti di trattamento, i quali hanno lo scopo di motivare la teoria della terapia e delle condizioni della guarigione. Nel primo volume (10.5) abbiamo descritto le conseguenze individuali della scomposizione del legame inscindibile e della liberazione dell'analista dai pressanti obblighi che questo gli pone.

Riprendiamo qui quanto abbiamo affermato a conclusione del primo volume: la teoria della tecnica di Freud esige, da parte dell'analista, la distinzione fra «i seguenti aspetti indipendenti: *cura* (guarigione) e *acquisizione* di nuove ipotesi, *prova* delle ipotesi, *esattezza* delle spiegazioni e *utilità* della conoscenza».

Per quanto concerne la teoria della terapia e la sua verifica, concordiamo pienamente con Lorenzer (1986, p. 17; corsivo nostro) quando afferma:

Il capire e il comprendere psicoanalitici si applicano con uno scopo *pratico di cambiamento* della sofferenza del paziente; la teoria psicoanalitica raccoglie in concetti queste esperienze di sofferenza e le mette in relazione con la sofferenza psichica. La psicoanalisi è pertanto una teoria dell'atteggiamento terapeutico verso la sofferenza.

Dato che la persona sofferente costituisce materia di studio per la psicoanalisi, non è sufficiente situare la psicoanalisi fra sociologia e neurofisiologia.

logia, perché sarebbero necessarie tutte le scienze che si occupano della sofferenza dell'uomo. In psicoanalisi non solo la ricerca interdisciplinare va di male in peggio, ma molti psicoanalisti hanno fatto proprio l'argomento difensivo del carattere «fluttuante» della psicoanalisi, per cui le teorie psicoanalitiche influenzerebbero quasi tutte le discipline scientifiche affini. La psicoanalisi non ha una collocazione precisa, ma neppure veleggia fra le nubi; ancor meno si potrebbe pretendere di fare della metapsicologia una copertura generale per tutte le applicazioni del metodo psicoanalitico. Si tratta invece di acquisire una specifica metodologia che consenta di cooperare con coloro che si occupano di temi essenziali per la psicoanalisi in qualità di psicologi, sociologi, filosofi, linguisti ecc. Dalla definizione di Lorenzer, ad esempio, si deduce che sarebbe molto importante possedere metodi adeguati per valutare il cambiamento. Tali ricerche rientrano nella competenza della teoria della terapia, che a sua volta propone interrogativi differenti rispetto a quelli della teoria etiologica delle malattie psichiche e psicosomatiche.

Il nostro studio delle fonti ci ha convinti che Freud, nel corso di tutta la sua vita, si confrontò con questo dilemma, tuttora irrisolto. Nell'opera di Freud c'è ancora molto da scoprire, ed è per questo che ogni nuovo studio ci arricchisce. Tuttavia i criteri che egli si era dato per soddisfare la condizione del legame inscindibile ci appaiono incompatibili con i criteri di ricerca designati a verificare delle ipotesi. Per decenni la psicoanalisi è stata praticata nel rispetto dell'autorità di Freud, il che ha prodotto un ristagno delle potenzialità terapeutiche e scientifiche del suo metodo. Per quanto riguarda le teorie esplicative, la loro unione con la metapsicologia si è rivelata estremamente infelice. Da questo connubio sono derivati molti concetti pseudoscientifici che hanno ostacolato lo studio delle connessioni causali e il tentativo di risolvere i problemi relativi alla teoria esplicativa della psicoanalisi. Ci pare convincente l'interpretazione di Grünbaum che lo studio delle connessioni causali nella formazione dei disturbi psichici e psicosomatici non è legato ai concetti della metapsicologia. È chiaro che la ricerca delle cause non può consistere nell'utilizzare una terminologia metapsicologica per descrivere i fenomeni clinici. In una ricerca molto acuta Fara e Cundo (1981) hanno mostrato come in tutte le opere di Freud si trovino combinate varie impostazioni, anche se modelli metapsicologici e arte dell'interpretazione sono mescolati in proporzioni ogni volta diverse. Abbiamo mostrato nel primo volume come sia stato probabilmente il monismo materialistico di Freud, alla base della sua metapsicologia, a causare i successivi equivoci e confusioni. Affermando che Freud sarebbe stato vittima di un «autofraining scientifico», Habermas non solo ha misconosciuto l'importanza della ricerca causale in psicoanalisi, considerandola il risultato di un infelice collegamento con la metapsicologia, ma ha anche gravato la pratica terapeutica di un'ipoteca che, come abbiamo precisato altrove (Thomä, Grünzig

e altri, 1976), è stata ulteriormente appesantita da Lorenzer. Entrambi questi importanti autori hanno versato vino vecchio in botti nuove, le cui etichette erano suggestive solo perché altisonanti. Come *metaermeneutica* o *ermeneutica del profondo* le vecchie concezioni metapsicologiche non solo sono sopravvissute, ma, per la prima volta nella storia della psicoanalisi, hanno influenzato la pratica in modo indiscriminato, perché sono state poste direttamente in relazione con il processo interpretativo. Sembra che né Habermas né Lorenzer abbiano compreso che gran parte della metapsicologia deriva dal fatto che Freud «psicologizzò» le «ipotesi neurofisiologiche» del suo tempo, come dice Bartels (1976).

Ma naturalmente non tutti gli «autofraintendimenti» sono uguali. È possibile distinguere tra differenti tipi di ignoranza da parte degli autori. Freud non era nella posizione di poter comprendere con chiarezza molte delle conseguenze delle applicazioni terapeutiche e scientifiche del suo metodo. In questo senso, la sua opera ha subito la stessa sorte di quella di tutti gli innovatori e di tutti gli autori importanti nella storia delle idee: i ricercatori successivi hanno compreso alcune cose meglio del fondatore, dello scopritore o dell'autore. Dall'esame della letteratura, non risultano prove convincenti della tesi di un autofraintendimento scientifico. Lo stesso Habermas deve convenire che, nelle sue interpretazioni, l'analista si basa su *teorie esplicative*. L'errore di Freud non fu la sua fede nella causalità, ma l'averla fondata sulla psicofisiologia dell'«energia psichica».

È particolarmente urgente che nella ricerca psicoanalitica vengano introdotti i criteri delle scienze sociali, come affermiamo in 2.1. In tal modo la psicoanalisi acquisirebbe una base scientifica che la sottrarrebbe alla polarizzazione fra arte dell'interpretazione e spiegazione. In ogni caso, noi ci annoveriamo tra quegli ermeneuti che considerano la convalida delle proprie interpretazioni come il primo comandamento. Parliamo di una tecnologia ermeneutica autonoma per sottolineare che l'arte dell'interpretazione psicoanalitica esige validazioni che devono riguardare anche la questione delle connessioni causali. In questo senso Hirsch (1967, 1976), il cui modo di intendere l'ermeneutica è caratterizzato da un sobrio pragmatismo, è sostanzialmente della stessa opinione. È sorprendente come i suoi studi siano stati quasi ignorati, nella letteratura psicoanalitica angloamericana, da parte degli autori di indirizzo ermeneutico. Rubovits-Seitz (1986) è stato il primo a sottolineare come la concezione ermeneutica di Hirsch esiga una rigorosa giustificazione delle interpretazioni.

Riassumendo, si potrebbe dire che la nuova versione del legame inscindibile non solo è utile per la ricerca, ma consente anche innovazioni nella pratica psicoanalitica. Una conseguenza aggiuntiva di una spiegazione psicosociale della situazione psicoanalitica è stata la scoperta di nuovi aspetti del transfert e del controtransfert. Il chiarire tali distinzioni, dunque, è essen-

ziale non solo per la ricerca finalizzata alla verifica di ipotesi, oggi sempre più importante, ma anche per preparare il terreno a nuove scoperte e a nuove ipotesi. Il postulato freudiano del legame inscindibile apparteneva a una fase in cui brillanti analisti erano in grado di compiere scoperte sulle relazioni psichiche quasi in ogni trattamento. Oggi è molto più difficile scoprire qualcosa di veramente nuovo e formularlo in modo tale da soddisfare i criteri attuali della ricerca finalizzata alla *verifica di ipotesi*.

Occorre unire gli sforzi per portare il paradigma di Freud al livello di una scienza normale. Certamente non possiamo affidare ai filosofi la soluzione dei nostri problemi empirici, ma non c'è dubbio che se i filosofi si dedicassero allo studio di lunghi frammenti di dialoghi psicoanalitici, più che alla critica epistemologica delle opere di Freud, i risultati sarebbero più fruttuosi. Fermo restando il significato dell'autoriflessione nella terapia, la lettura di alcune registrazioni di sedute avrebbe impedito a Habermas di trasformare la psicoanalisi in una scienza puramente riflessiva. Ricœur, a sua volta, avrebbe potuto costatare che gli psicoanalisti osservano anche; Grünbaum, infine, avrebbe visto confermata la sua idea che gli psicoanalisti ricercano connessioni che possano avere rilevanza causale, e avrebbe anche potuto scoprire che oggi gli psicoanalisti sono più cauti di Freud nell'affermare di aver trovato le cause passate, e ancora inconsciamente attive, dei sintomi. D'altro canto non è condivisibile la posizione di Grünbaum, secondo la quale l'influenza dell'analista porta a una contaminazione senza rimedio dei dati. I dialoghi riportati in questo volume permettono di riconoscere differenti gradi di suggestione, anche se dobbiamo ammettere che l'esigenza prospettata da Meehl (1983), che venga registrata l'ampia gamma di significati che va dalla persuasione alla manipolazione, non è stata ancora accolta. Gli elementi suggestivi della tecnica psicoanalitica dell'interpretazione stanno diventando oggetto di riflessione comune, allo scopo di eliminare i fattori di dipendenza. È sorprendente che Grünbaum (1985) non abbia prestato attenzione a queste utili applicazioni del suo studio epistemologico del concetto di placebo. Egli infatti dimostra che la discriminazione tra *fattori terapeutici caratteristici* e *occasionali* riguardo alla cura per una *determinata sindrome* dipende dalla teoria della terapia a cui si fa riferimento. Senza voler ritornare alla discussione affrontata nel primo volume (cap. 8) sui fattori terapeutici aspecifici, o generici, e specifici, desideriamo tuttavia segnalare che Strupp (1973, p. 35) e Thomä (1981, p. 35) hanno mostrato come il valore dell'influenza terapeutica esercitata in una data situazione dipenda dalla situazione stessa. È quindi difficile, ma non impossibile, una classificazione clinica valida e affidabile dei fattori caratteristici e occasionali. Infine, crediamo che lo studio dei dialoghi riportati in questo volume possa anche contribuire a far uscire la discussione epistemologica dalla sua torre d'avorio.

Freud (1932a, p. 257) definì il trattamento dei pazienti il *terreno d'origine* della psicoanalisi. È dal trattamento che deriva il metodo terapeutico interpretativo, il quale, a differenza dell'ermeneutica della teologia e delle discipline umanistiche (Szondi, 1975), esamina in modo sistematico la vita psichica inconscia dei pazienti che ricorrono all'analista con la speranza di *eliminare* la loro sofferenza. Per questa sua finalità terapeutica, l'ermeneutica psicoanalitica si differenzia sostanzialmente dalle altre discipline ermeneutiche. Le opere d'arte in genere non possono essere danneggiate da alcuna interpretazione, e l'artista defunto può, al massimo, rigirarsi metaforicamente nella tomba, se non è d'accordo con un'interpretazione. Le interpretazioni psicoanalitiche intervengono nei destini umani. I pazienti cercano aiuto per i loro sintomi, e per loro è essenziale ottenere un miglioramento o la guarigione. I testi non vengono influenzati dalle diverse esegesi e interpretazioni e non possono contrapporre alle interpretazioni le proprie osservazioni critiche.

L'analista, perciò, non solo deve giustificare il suo operare terapeutico in ogni determinato caso, ma ha anche la responsabilità di verificare di continuo la validità della sua concezione teorica dell'inconscio, dell'esperienza e del comportamento degli esseri umani. A differenza dell'ermeneutica nella teologia e nelle discipline umanistiche, il fondatore della psicoanalisi ha legato l'arte dell'interpretazione terapeutica alle teorie esplicative. Freud postulò la *rilevanza* causale della sua teoria della psicogenesi e impose all'analista di distinguere tra le condizioni *necessarie* e quelle *sufficienti* riguardo al decorso delle malattie psichiche e psicosomatiche. Le ricostruzioni successive si sono dimostrate delle postdizioni. Perciò il concetto freudiano di *attribuzione retrospettiva* (*Nachträglichkeit*) assume un'importanza che è stata ampiamente sottovalutata, come mostriamo in 3.3 e 6.3.

Senza dubbio, nel dialogo psicoanalitico si ha a che fare con parole. Queste parole si riferiscono però a qualcosa, e questo qualcosa non è esclusivamente riferito agli aspetti sensoriali o al linguaggio. Termini come «nesso», «relazione», «rapporto», «sintesi» e così via, stanno nelle opere di Freud per «spiegazione», in accordo con l'uso scientifico del suo tempo.

Freud (1899), ad esempio, riferendosi alle condizioni costitutive del sogno manifesto, parlò di una «intima e regolare correlazione» con i pensieri onirici latenti. In via di principio, egli era interessato a spiegare le connessioni causali; nei casi singoli, era in errore riguardo alla questione della prova empirica, e in generale sottovalutò i problemi sperimentali della verifica di ipotesi.

La clinica psicoanalitica è subordinata alla ricerca riguardo al suo processo e ai suoi risultati. Le teorie esplicative di Freud erano basate sulla sua pratica terapeutica, e a loro volta hanno avuto una duratura influenza sul metodo interpretativo. Da qui la necessità di una profonda revisione della

teoria dell'interpretazione psicoanalitica. Le interpretazioni sono errate se derivano da un aspetto della teoria che è superato. I risultati dell'attuale ricerca sull'interazione madre-bambino e sull'epidemiologia, ad esempio, hanno messo in discussione numerose ipotesi della teoria generale e specifica delle nevrosi (Lichtenberg, 1983a); è soprattutto indispensabile una revisione della teoria della terapia.

Per questa revisione della tecnica possiamo partire da alcune ipotesi freudiane finora ignorate. Proprio per questo parliamo di «ritorno a Freud nella prospettiva del futuro». Per Freud (1937a, p. 532) lo scopo del trattamento psicoanalitico è di mettere il paziente in una condizione che «sia la più favorevole alla disinteressata risoluzione del conflitto». Se si confronta questa affermazione con la situazione terapeutica, e non solo con la capacità acquisita dal paziente di dominare le difficoltà quotidiane senza sviluppare sintomi, è possibile formulare la seguente tesi generale: condizioni favorevoli per la risoluzione di conflitti nella situazione di trattamento sono quelle che consentono al paziente di trasformare in un agire autonomo la sopportazione passiva dei traumi patogeni originari. Si tratta di una generalizzazione della teoria freudiana del trauma, incentrata, almeno a partire da *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925a), sullo *stato di impotenza* (vedi vol. 1, 8.7).¹

L'Io, che ha vissuto passivamente il trauma, «ripete ora attivamente una riproduzione attenuata dello stesso, nella speranza di poterne orientare autonomamente lo sviluppo. Noi sappiamo che il bambino si comporta in questo stesso modo verso tutte le impressioni che gli risultano penose, riproducendole nel giuoco; attraverso questo modo di passare dalla passività alla attività egli cerca di padroneggiare psichicamente le impressioni della sua vita» (Freud, 1925a, p. 312). Questa tesi può essere ulteriormente generalizzata: «In questo modo, passando dalla passività all'attività [l'essere umano] cerca di padroneggiare psichicamente le sue tensioni vitali» (G. Klein, 1976, pp. 259 sg.). Klein ha mostrato in modo convincente come la coazione a ripetere nevrotica e psicotica descritta da Freud derivi da fattori psicologici sia affettivi che cognitivi. Così il sentimento passivo di impotenza si rinforza e il controllo delle condizioni passate generatrici di angoscia diventa sempre più difficile. Tali aspettative inconscie agiscono filtrando la percezione nel senso di una profezia negativa che si autoavvera, così che il paziente non ha esperienze positive né vissuti gioiosi, che vengono dissolti o svuotati di significato. In questo modo, tutte le passate privazioni, punizioni o umiliazioni, insomma tutti i vissuti traumatici, non solo persistono ma si ingigantiscono per un effetto cumulativo, nella vita quotidiana, e in casi sfavorevoli anche nella terapia.

¹ [*Hilflosigkeit*: in conformità alla traduzione presente nelle «Opere di Sigmund Freud» («situazione o stato di impotenza») o in Laplanche e Pontalis (1967), traduciamo *stato di impotenza*, con la connotazione di una situazione di abbandono impotente, legato a una condizione di privazione o di mancanza.]

Dal momento che noi consideriamo la psicogenesi come un processo continuo, estendiamo la teoria del trauma cumulativo proposta da Masud Khan (1963) all'intero ciclo vitale.

Per motivi inconsci la biografia di molte persone si configura in modo tale che le predisposizioni vengano confermate e appaiano continuamente nuove situazioni traumatiche. Ad esempio, i paranoici con deliri di gelosia e di persecuzione proiettano all'esterno, sugli altri, ciò che non vogliono riconoscere nel proprio intimo, «ma non proiettano per così dire nel vuoto, dove non si trova nulla di somigliante; invero essi si lasciano guidare dalla loro conoscenza dell'inconscio e spostano sull'inconscio delle altre persone l'attenzione che hanno stornato dal proprio», dal momento che «anch'essi attribuiscono un significato a tutto quello che fanno gli altri, e nel loro "delirio di riferimento" utilizzano ogni minimo indizio che è loro offerto da quelle altre persone sconosciute» (Freud, 1921, pp. 370 sg.).

Freud sottolinea l'importanza fondamentale di tale processo in una delle sue ultime opere:

L'Io irrobustito dell'adulto continua a difendersi contro pericoli che nella realtà non esistono più, e addirittura si sente costretto a scovare *situazioni reali che possano sostituire grosso modo il pericolo originario, così da giustificare, in relazione ad esse, la persistenza delle proprie consuete modalità di reazione*. In questo modo diventa facile comprendere come i meccanismi di difesa, provocando un estraniamento sempre più profondo dal mondo esterno, nonché un indebolimento permanente dell'Io, preparino e favoriscano lo scoppio della nevrosi. (1937a, pp. 520 sg.; corsivo nostro)

In questo processo i sintomi possono acquisire nuovi contenuti. Questa antica scoperta di Freud (1892-95) riceve un nuovo fondamento teorico soprattutto dal concetto di Hartmann (1939) della funzione vicariante, ma la sua importanza per la tecnica non è stata elaborata in modo sistematico. Perciò nel primo volume, specialmente in 4.4, abbiamo sottolineato come i sintomi si mantengano in un processo circolare che si autorinforza. Quotidianamente possono svilupparsi stati di impotenza e di disperazione i cui contenuti sono molto lontani dai traumi originari. Un chiaro indizio di questo processo è la crescente suscettibilità a sentirsi offesi, che aumenta la ricettività del paziente a tutti i tipi di stimoli. Infine, in persone ipersensibili eventi che a prima vista appaiono banali possono avere conseguenze drammatiche, e il sentimento di essere offesi è una pesante ipoteca su tutte le relazioni interpersonali. Come risultato di tali ripetizioni, spiegate con un'estensione della teoria del trauma, è possibile che un paziente si senta offeso nel corso della terapia. Un simile evento, che va preso molto sul serio, può insorgere nonostante l'analista si sforzi di creare un'atmosfera amichevole. Può rivelarsi addirittura controproducente il tentativo di creare condizioni costanti atte a favorire un'evoluzione psichica tranquilla, come una sorta di incubatrice psicoanalitica, giacché, sia per via della «cornice» – ter-

mine con cui traduciamo l'espressione inglese *setting* – sia per via di inevitabili fraintendimenti, insorgono disturbi che hanno un effetto tanto più traumatico quanto meno vengono riconosciuti e interpretati (vedi vol. 1, capp. 7 e 8.4).

Per lungo tempo gli analisti non hanno riconosciuto la gravità del trauma che può verificarsi come conseguenza transferale della ripetizione di antiche frustrazioni edipiche o preedipiche, ma può anche colpire il paziente adulto sessualmente attivo. Probabilmente gli effetti traumatizzanti del transfert furono scoperti così tardi perché sembravano giustificati dalla teoria della frustrazione indotta dalla terapia. Al congresso di Budapest del 1987, in un intervento non pubblicato, Thomä sottolineò che gli eventi traumatici possono essere un effetto collaterale non intenzionale del transfert. Ancora non erano note le significative scoperte che Ferenczi aveva affidato al suo diario nel 1932: egli descrisse come gli atteggiamenti professionali dell'analista e le regole psicoanalitiche possano di per sé provocare nuovi effetti traumatici e riattivare vecchi traumi il cui superamento si suppone debba essere lo scopo dell'analisi. Dalla riscoperta della traumatizzazione come elemento costitutivo della situazione psicoanalitica, noi ricaviamo conclusioni diverse da quelle di Ferenczi. Riteniamo che la nostra disponibilità a lasciar partecipare il paziente al processo di interpretazione, ed eventualmente anche al controtransfert, aiuti a superare traumi vecchi e nuovi. L'ampliamento della definizione freudiana di stato di impotenza (*Hilflosigkeit*) a definire la situazione traumatica, nella psicologia bi-pluripersonale di Balint, porta a prestare attenzione ai microtraumi involontari e antiterapeutici nella situazione psicoanalitica. È importante tener presente che questo problema tecnico fondamentale ha prodotto una polarizzazione di scuole: da una parte l'analista-specchio, che apparentemente non può essere ferito o offeso, e dall'altra l'analista amorevole che, come persona, cerca di compensare le mancanze.

Dopo che Weiss e Sampson (1986) hanno confutato sperimentalmente la teoria della frustrazione a favore della teoria del controllo, per la terapia è iniziata una nuova era. L'analista deve valutare le possibilità che ha a disposizione per contrastare i continui vissuti del paziente di essere stato offeso che si osservano durante l'analisi del transfert, con i loro effetti sfavorevoli sull'autostima e sulla sicurezza. I primi passi in questa direzione li vediamo nel rilievo dato da Klauber (1987) alla spontaneità quale antidoto alla traumatizzazione nel transfert e nell'ampio omaggio reso da Cremerius (1981b) all'importanza terapeutica della naturalezza nella pratica clinica di Freud.

Si può vedere dalla tecnica della psicologia del Sé di Kohut quanto profondamente si sia imposta la teoria della frustrazione a scapito dell'efficacia terapeutica della psicoanalisi e a favore di un feticismo pseudoscientifico. Kohut ritiene che l'analista, nel rispetto dell'astinenza o neutralità psicoanalitica,

debba limitarsi a fornire al paziente una gratificazione narcisistica, e non una vera conferma.

Questa osservanza di un malinteso concetto di neutralità da parte di Kohut indebolisce la base emozionale della conferma e dell'incoraggiamento che sono essenziali ai fini terapeutici, cosicché il sentimento realistico di auto-stima del paziente non viene rafforzato, ma si crea una condizione «come se». Inoltre, secondo la teoria dell'oggetto-Sé, la conferma non verrebbe più da un «altro significativo», bensì rappresenterebbe una sorta di autoconferma narcisistica, un rispecchiamento del proprio Sé.

Nella nuova era della terapia psicoanalitica si allontana sempre di più il timore che i riconoscimenti conducano alla seduzione edipica o all'appagamento di desideri incestuosi. Una genuina accettazione riduce notevolmente le traumatizzazioni di transfert e migliora l'efficacia terapeutica della psicoanalisi. Un filo conduttore, attraverso tutti i capitoli di questo volume, è la questione di come l'analista, nel suo studio, crei le condizioni più favorevoli al cambiamento terapeutico. Si tratta di sostenere la crescita del paziente in modo che egli possa affrontare e padroneggiare vecchie e nuove situazioni di impotenza e di angoscia. Il concetto di rielaborazione dei conflitti va subordinato alla più ampia teoria del controllo. Dalla teoria psicoanalitica dell'angoscia, riassunta in 9.1, si trarranno possibilità terapeutiche finora ignorate se i meccanismi di difesa verranno intesi dal punto di vista del come affrontarli nel «qui e ora».

1.2 *Le storie cliniche*

Con la pubblicazione dei suoi casi clinici, Freud si prefiggeva di dimostrare la connessione tra la malattia e la biografia. Ne concluse che l'origine delle malattie psichiche e psicosomatiche può intendersi come una *serie complementare*. Devono esserci molteplici fattori che concorrono alla formazione e alla cronicizzazione dei disturbi nevrotici. La capacità di tolleranza di un essere umano nei momenti critici della vita dipende dalla sua disposizione, acquisita sulla base di capacità di reazione innate, attraverso influenze formative e conflitti in età infantile e adolescenziale. Dato che la *differenziazione psicosessuale* si struttura a partire dai conflitti edipici, ed essendo di primaria importanza l'assunzione dei rispettivi ruoli sessuali sul piano psicosociale – un evento vissuto soggettivamente come sentimento di identità strettamente legato al sesso – i conflitti edipici hanno una grande rilevanza nella vita di ciascun individuo. Se e come questi conflitti scompaiono oppure formano una struttura inconscia diagnosticabile in base a vissuti e comportamenti tipici, dipende da diverse combinazioni di circostanze socioculturali e familiari. Non da ultimo, la storia passata partecipa a quel percorso che sarà poi seguito dalle modalità di risoluzione dei problemi.

La cosiddetta sovradeterminazione dei sintomi e l'osservazione ampiamente condivisa secondo la quale i processi patologici sono mantenuti da eventi sfavorevoli successivi, hanno significative implicazioni per la terapia. La sovradeterminazione consente interventi terapeutici efficaci che possono estendersi all'intera rete di tali condizioni. Questi effetti terapeutici che vanno al di là del focus si realizzano in virtù della sovradeterminazione nell'etiologia delle nevrosi; perciò Freud (1892-95, p. 401) ritiene «che la loro genesi sia perlopiù sovradeterminata, che devono cooperare parecchi momenti determinanti per produrre questo effetto». Per sovradeterminazione non si intende una determinazione multipla nel senso che ogni circostanza o ogni singola causa presa in sé generi un accadimento, un atto mancato, un lapsus o un sintomo. È piuttosto la *convergenza* di più motivi nei disturbi del linguaggio, descritta da Wilhelm Wundt e compresa da Freud (1901a, p. 107) nel concetto di sovradeterminazione. In relazione all'origine delle malattie psichiche e psicosomatiche, l'ipotesi della sovradeterminazione rende quindi necessario stabilire una gerarchia di fattori e differenziare tra quelli *necessari* e quelli *sufficienti*. Dobbiamo dunque partire dalla possibilità che i fattori causali siano combinabili nei modi più diversi: necessari, sufficienti, talvolta necessari, talvolta sufficienti, necessari insieme, sufficienti insieme ecc. La discussione di Eagle (1973a,b) e di Rubinstein (1973) relativa al libro di Sherwood (1969) *The Logic of Explanation in Psychoanalysis* dimostra che Freud, appoggiandosi a quel tempo al suo maestro Brentano (Merlan, 1945) e in qualità di traduttore di J. S. Mill, sosteneva una teoria della causalità ben fondata dal punto di vista filosofico (Thomä e Cheshire, 1991). A tale riguardo è opportuno specificare come Freud, in una delle sue prime pubblicazioni (1895b, pp. 189 sg.), abbia cercato di stabilire i concetti che riguardano le complicate costellazioni etiologiche nella patologia nevrotica:

a) preconditione, b) causa specifica, c) cause concorrenti e, come termine con valore diverso da quello dei precedenti, *d) causa immediata o scatenante*.

Vanno considerati come *condizioni* quei fattori in assenza dei quali l'effetto non potrebbe comparire, ma che tuttavia non sono in grado, da soli, di produrre l'effetto, in qualunque quantità essi siano presenti, essendo necessaria, per il prodursi dell'effetto, anche la causa specifica.

Funziona come *causa specifica* quella che non può mai mancare quando si ha la comparsa dell'effetto e alla quale basta, per produrre l'effetto, aver raggiunto una certa quantità o intensità, purché ci siano le condizioni.

Cause concorrenti possono essere considerate quelle che, oltre a non essere ogni volta indispensabili, non sono neppure in grado, qualunque sia la loro quantità, di produrre da sole l'effetto, ma che, insieme alle condizioni e alla causa specifica, collaborano a comporre l'equazione etiologica. Appare quindi chiaro che cosa s'intenda per cause concorrenti o accessorie; ma come distinguere le condizioni dalla causa specifica, dato che entrambe sono indispensabili, mentre nessuna delle due è sufficiente, da sola, a produrre l'effetto? La circostanza seguente pare offrire la possibilità di pervenire a una decisione in merito. Tra le «cause necessarie» ve ne sono parecchie che si ritrovano anche nelle equazioni etiologiche che riguardano molti altri effetti e che perciò non rivelano alcuna particolare relazione con un effetto singolo. Una di queste cause si contrappone però alle altre per il

fatto di non essere reperibile che in pochissime o in nessuna delle altre formule etiologiche, potendo così aspirare a essere chiamata causa *specific*a del relativo effetto. Inoltre le condizioni e le cause specifiche si distinguono fra loro in modo evidente nei casi in cui le condizioni hanno il carattere di persistere da gran tempo senza variare notevolmente, mentre la causa specifica corrisponde a un fattore sviluppatosi di recente.

Affinché si produca un'«equazione etiologica» completa questi quattro fattori devono convergere. La complessità delle cause mette il ricercatore di fronte a compiti difficili poiché diverse condizioni sufficienti o necessarie possono combinarsi tra loro o sostituirsi l'un l'altra. Un'eccezione è costituita dalla causa specifica, che da sola è sufficiente in presenza di una determinata predisposizione. Il contesto della citazione di Freud mostra che il modello di questa connessione fra causa ed effetto è quello dell'agente patogeno *specifico* delle malattie infettive, che può essere dedotto dal patologo sulla base di particolari alterazioni istologiche ugualmente specifiche (tubercolosi, lue ecc.).

Nelle malattie psichiche e psicosomatiche la disposizione o la capacità reattiva acquisita nel corso della vita assume – come condizione necessaria – una particolare rilevanza rispetto allo «stimolo» esterno inteso come fattore scatenante. Per questo motivo entrambi i fattori (condizioni e causa specifica) hanno un ruolo importante nel modello esplicativo di Freud. Ritorneremo su questo problema nella discussione dell'ipotesi di specificità in medicina psicosomatica (9.7). In riferimento ai casi clinici di Freud occorre qui segnalare che il citato modello di spiegazione si è rivelato molto utile, anche se oggi la *validità* di molte ipotesi causali particolari deve essere messa in dubbio. Non è stata confutata la logica dello schema causale, ma piuttosto il fatto che le connessioni scoperte in casi singoli si sono rivelate false oppure hanno dovuto essere relativizzate. Non dobbiamo perdere di vista questa distinzione quando riconsideriamo criticamente le nostre passioni giovanili, congedandoci da esse.

L'amore per il metodo può trasformarsi in eccessivo amore per la verità. Nel modello delle *serie complementari* Freud ha fatto riferimento alle teorie causali di Hume e di Stuart Mill (Eimer, 1987). L'interconnessione dei fattori implica che gli interventi terapeutici possano estendersi al sistema tramite la rete di condizioni esistente, i «punti nodali» (Freud, 1892-95).

Al modello *causale* freudiano della formazione delle malattie psichiche corrisponde una determinata concezione della terapia. Per trovare soluzioni ai problemi che si susseguono nel corso della vita e per scoprire connessioni tra le più diverse attività umane, può diventare necessario «scendere negli strati più profondi e primitivi dell'evoluzione psichica» (Freud, 1914b, p. 489; vedi anche vol. I, 10.2).

Le storie cliniche di Freud sono ricostruzioni che partono dal presente di un essere umano nella sua particolarità per cercare nel passato le radici e le

cause specifiche dei sintomi. Nell'ambito dei sintomi psichici e psicosomatici, il tempo sembra essersi veramente fermato: il passato è presente. Il paziente fobico ha paura oggi, come dieci o vent'anni fa, di un oggetto decisamente innocuo, e pensieri ossessivi e coazioni si ripetono ritualmente sempre uguali nel corso degli anni.

I sintomi nevrotici si radicano talmente nella biografia che la sua conoscenza è indispensabile se si vuole afferrare e capire la patogenesi individuale: «Storie cliniche come queste vogliono esser giudicate come psichiatriche, ma presentano rispetto a queste ultime un *vantaggio* e cioè l'intimo rapporto fra la storia delle sofferenze e i sintomi della malattia» (Freud, 1892-95, p. 313).

Particolare importanza riveste la storia clinica dell'«uomo dei lupi» (1914b), pubblicata da Freud nel 1918 con il titolo *Dalla storia di una nevrosi infantile*. Solo su questo paziente è stata pubblicata una vasta bibliografia specialistica, che nel 1984 contava circa 150 articoli (Mahony, 1984).

Nonostante le numerose riserve rispetto alla prova o alla validazione delle spiegazioni psicoanalitiche, Perrez (1972) giunge alla conclusione che la descrizione dell'uomo dei lupi è senza dubbio un gigantesco tentativo di spiegare in forma narrativa l'enigma posto da questo caso. La definizione di «narrativa», introdotta da Farrell (1961), sottolinea un aspetto delle storie cliniche che già Freud (1892-95) aveva menzionato con un certo disagio, cioè che queste storie si leggono come *novelle*. Freud voleva essere riconosciuto come scienziato ed era preoccupato che alla sua descrizione dei destini umani potesse mancare «l'impronta rigorosa della scientificità» (p. 313). Il premio Goethe, di cui egli fu insignito, riconobbe il suo valore come scrittore; il suo stile ha affascinato molti studiosi di letteratura (Schönau, 1968), da Muschg (1930) a Mahony (1987).

Per noi è significativa la particolare tensione delle storie cliniche freudiane, dovuta al fatto che tutte le descrizioni tendono a rendere plausibili i motivi reconditi del pensare e dell'agire dei suoi pazienti, per poter tracciare spiegazioni storico-genetiche.

Particolarmente importante è il fatto che l'analisi della descrizione di un caso clinico di Freud mostra chiaramente che a Freud non interessava solamente *descrivere* la storia di una nevrosi. Ciò che gli interessava fondamentalmente era *spiegarla*, evidentemente nel senso di una *spiegazione storico-genetica*. La spiegazione storico-genetica non solo cerca di descrivere la concatenazione di eventi, ma anche e specialmente cerca di mostrare *perché* uno stato porti al successivo. Per questo motivo fa ricorso a determinate leggi di probabilità, sebbene, nel caso delle narrative freudiane, non sempre in modo particolarmente evidente. (Perrez, 1972, p. 98)

Dal momento che l'etiologia è insufficiente a spiegare un singolo caso e poiché la validazione dal punto di vista delle probabilità e delle leggi statistiche può essere anch'essa insufficiente, si può sostenere in linea generale

che gli schemi dei vissuti e dei comportamenti si costruiscono inconsciamente in un periodo molto lungo. Perciò non sussiste solo il pericolo che si formino e si rafforzino stereotipi di ripetute esperienze negative, ma esistono forti probabilità che le esperienze positive modifichino i contesti motivazionali. La conversazione di Freud con Katharina aprì forse nuove vie a questa ragazza che consultò il signor dottore in un rifugio alpino, *en passant*, in un «consulto alla contadinesca» (*Bauern-sprechstunde*). Questa espressione è usata quando un professore, specialmente un giurista, viene consultato al di fuori del suo ufficio in un'occasione sociale, in un incontro casuale. È bene notare che la conversazione con Katharina rende possibile osservare in modo abbastanza preciso la conduzione del dialogo diagnostico-terapeutico da parte di Freud (Argelander, 1978).

L'unicità di ogni esistenza vincola il metodo psicoanalitico alla logica dello studio di casi singoli (Edelson, 1985). Gli scopi *scientifici*, naturalmente, vanno oltre, e richiedono generalizzazioni; nel suo resoconto del caso dell'uomo dei lupi Freud (1914b, p. 578) sottolinea che le generalizzazioni riguardo a certi postulati sulla patogenesi possono essere ottenute solo con la presentazione di numerosi casi ben analizzati in profondità.

Dal momento che le storie cliniche di Freud si proponevano in primo luogo di ricostruire la psicogenesi, cioè di dimostrare che i sintomi hanno cause inconsce rimosse, la descrizione della tecnica di trattamento restò in secondo piano. Nelle storie cliniche le regole di *tecnica* non furono discusse in modo sistematico. Freud accennò in modo piuttosto frammentario a ciò che sentiva, pensava, interpretava e faceva in ogni singola seduta.

Freud distingueva tra *storie di casi*, che talora definiva storie della malattia, e *storie di trattamenti*. Pur assumendo questa distinzione, noi preferiamo parlare di *resoconti di trattamento*, per l'importanza delle diverse modalità di documentazione. Già da tempo Freud (1901b, p. 307) aveva fatto notare quanto sia difficile stendere un resoconto adeguato.

Tali difficoltà sono assai notevoli per il medico che deve svolgere sei od otto di questi trattamenti psicoterapeutici e che, durante la seduta col malato, non può prendere appunti, per non suscitare la diffidenza del paziente e non disturbare il proprio intendimento del materiale da raccogliere. Inoltre non ho ancora risolto il problema di come fissare, per esporla in seguito, la storia di un trattamento di lunga durata.

Freud si riferisce qui al caso di Dora, la cui storia clinica e il cui trattamento sono descritti in *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901b). Nel redigere il resoconto Freud fu facilitato da due circostanze: la brevità del trattamento e il fatto che «gli elementi atti a chiarire il caso si raggruppano intorno a due sogni (riferiti uno alla metà, l'altro alla fine della cura), di cui presi nota letteralmente immediatamente dopo le sedute e che fornirono un sicuro sostegno alla trama delle interpretazioni e dei ricordi che ad essi si accompagna».

Freud non scrisse la storia clinica, il nucleo della pubblicazione, prima della conclusione della cura; lo fece basandosi sui suoi ricordi, ma affermò che essi erano molto precisi. Secondo le sue parole, egli accettava come un dato di fatto l'incompletezza della *storia del trattamento*:

In generale non ho esposto il lavoro di interpretazione condotto sulle associazioni e comunicazioni della paziente, ma solo i suoi risultati. A parte quanto riguarda i sogni, dunque, la tecnica del lavoro analitico è stata svelata soltanto in pochi punti. In questo caso clinico tenevo soltanto a mostrare la *determinazione* dei sintomi e l'intimo assetto della nevrosi; se avessi tentato di adempiere contemporaneamente anche l'altro compito ne sarebbe risultata un'enorme confusione. Per giustificare le regole tecniche, per la maggior parte trovate empiricamente, sarebbe stato in realtà necessario raccogliere il materiale di molti *trattamenti*. (*Ibid.*, p. 310; corsivo nostro)

A questa limitazione Freud non diede perciò particolare importanza, perché nel caso di questa terapia, che durò solo tre mesi, il transfert non venne verbalizzato. Una tale predominanza della storia clinica a scapito della storia del trattamento è riscontrabile in tutti i casi clinici pubblicati da Freud.

I motivi per cui Freud pone la genesi dei sintomi nevrotici al centro delle sue storie cliniche pubblicate si basano sulla convinzione che chiarire la genesi e acquisire un maggior insight sono i fattori che creano le migliori condizioni per gli interventi terapeutici. Una sua frase significativa recita: «Aspiriamo a ciò cui mira in genere la scienza: comprendere i fenomeni, istituire delle connessioni fra essi e in ultima istanza, dove ciò sia possibile, ampliare il nostro potere su di essi» (1915-17, p. 275).

Secondo Greenson (1967) non sono le storie cliniche di Freud ma i suoi cinque scritti di tecnica la fonte da cui un analista può apprendere come creare le condizioni migliori per il cambiamento terapeutico. La posizione tutta particolare di Freud fa sì che ancora oggi si risenta della mancanza di un'esposizione sinottica della sua tecnica, intesa come teoria e pratica. Le sue storie cliniche sono diventate emblematiche per le teorie psicoanalitiche che descrivono le condizioni genetiche, e in tal senso furono recepite, ad esempio, da Sherwood (1969), Gardiner (1971), Niederland (1959), Perrez (1972), Schalmey (1977), Mahony (1984, 1986). Freud volle fissare le regole di ricerca per stabilire la genesi, piuttosto che esaminare queste regole per stabilire se garantiscono al paziente le *condizioni di cambiamento* necessarie e sufficienti (vedi vol. 1, 7.1 e 10.5).

All'inizio della terapia la *nevrosi* si trasforma in *nevrosi di transfert*, per quanto possa essere profondamente radicata nella storia del paziente (vedi vol. 1, 2.4). Anche se l'ambito a cui si riferisce questo concetto non è stato sufficientemente definito, come ipotizzano importanti analisti nella discussione pubblicata da London e Rosenblatt (1987), occorre sottolineare che l'analista contribuisce in modo sostanziale a determinare il tipo di transfert. In questo senso, si sviluppano anche nevrosi di transfert specifiche delle

diverse scuole, in contrasto con l'idea di Freud che le nevrosi di transfert si sviluppano in modo uniforme a partire dalla pura osservanza delle regole di trattamento. Questo ampliamento della teoria del transfert e del controtransfert segue al riconoscimento dell'influenza esercitata dall'analista. Questi sviluppi furono facilitati dal fatto che negli ultimi anni è stato possibile avere qualche idea della pratica di Freud, sia approfondendo la comprensione delle storie cliniche da lui ricostruite, sia ampliando la conoscenza del suo modo di applicare le regole.

Nel primo volume (I.I) abbiamo affermato che la letteratura, sempre più abbondante, sulla pratica clinica di Freud (Cremerius, 1981b; Beigler, 1975; Kanzer e Glenn, 1980; Nissim Momigliano, 1987) ha facilitato una revisione critica della storia della tecnica psicoanalitica. Sarebbe semplicistico voler trovare la soluzione ai problemi odierni identificandosi con l'umanità e la naturalezza di Freud, il quale in caso di bisogno offriva cibo, prestava o regalava denaro ai suoi pazienti, trascurando apparentemente le conseguenze di tali comportamenti sul transfert.

È una caratteristica delle storie cliniche di Freud offrire da una parte l'analisi concreta del singolo caso, dall'altra ipotesi di grande respiro, che tentano di condensare tutta la ricchezza delle osservazioni cliniche nell'ambito di un nesso causale.

Secondo Jones (1954) il metodo nosografico di Charcot influenzò costantemente il proposito di Freud di ricostruire la genesi e lo sviluppo delle malattie psicogene. Le regole tecniche non furono studiate con l'obiettivo primario di stabilire se creassero le migliori condizioni per il cambiamento terapeutico. Più che altro, mediante i suoi consigli tecnici, Freud intendeva assicurare un fondamento scientifico al metodo psicoanalitico: «Noi abbiamo il diritto, anzi il dovere, di condurre la ricerca senza preoccuparci di un utile immediato. Alla fine – dove e quando non sappiamo – ogni pezzettino di conoscenza si trasformerà in potere, anche in potere terapeutico» (1915-17, p. 418). Le regole stabilite da Freud dovevano garantire l'obiettività dei risultati e ridurre il più possibile l'influenza dell'analista sui dati. La documentazione dei fenomeni osservati nel dialogo psicoanalitico si orientava sulle comunicazioni del paziente raccolte nella storia clinica per la loro presunta rilevanza causale. Il materiale viene studiato partendo dal metodo, secondo la tesi fondamentale di Freud:

La psicoanalisi come scienza è caratterizzata non dalla materia che tratta, ma dalla tecnica con la quale opera: la si può applicare tanto alla storia della civiltà, alla scienza delle religioni e alla mitologia quanto alla teoria delle nevrosi, senza far violenza alla sua natura. Ciò cui essa mira e che raggiunge non è altro che la scoperta dell'inconscio nella vita psichica. (*Ibid.*, p. 542)

Naturalmente c'è una grande differenza se il metodo psicoanalitico viene applicato alla storia della cultura o se viene utilizzato nella pratica terapeutica.

tica, poiché il paziente va dall'analista sperando in un miglioramento o in una guarigione. L'analista con la sua terapia si assume una responsabilità, che non consiste in un'interpretazione in campo mitologico o in altre applicazioni del metodo psicoanalitico. Oltre tutto, il paziente è un testimone critico dell'attività del suo analista.

1.3 I resoconti di trattamento

Nel passaggio dalla storia cinica al resoconto del trattamento il dialogo tra paziente e analista diventa così centrale che la sua verbalizzazione assume il massimo interesse per effetto della *selezione* dei punti chiave. La descrizione freudiana dell'uomo dei topi, suggestiva dal punto di vista letterario e reinterpretata sotto un profilo linguistico da Mahony (1986), deve la sua ricchezza ai dettagli delle sedute quotidiane che Freud la sera aveva cura di annotare. I protocolli riguardanti l'uomo dei topi (Freud, 1909) furono pubblicati per la prima volta nel 1955 nel volume 10 della *Standard Edition*.

Allorché la Zetzel, per preparare una relazione, si rifece non più ai *Collected Papers*, bensì alla *Standard Edition*, trovò i protocolli di Freud, fino ad allora rimasti sconosciuti, che non solo sono particolarmente ricchi di informazioni sulla sua tecnica di trattamento, ma forniscono anche importanti chiarimenti sulla storia della formazione dei sintomi. Negli appunti di Freud si trovano, in effetti, più di quaranta riferimenti a un rapporto madre-figlio altamente ambivalente, che non ricevettero un'adeguata considerazione nella storia clinica pubblicata nel 1909 (Zetzel, 1966). Freud stesso annotò: «Dopo che gli ho esposto le mie condizioni, dice che deve parlarne con la madre.» Nella storia del caso clinico questa importante reazione del paziente non è riportata.

In seguito alla pubblicazione di questi appunti di lavoro, oltre ai già citati autori, anche Shengold (1971) e Holland (1975) hanno reinterpretato la storia clinica dell'uomo dei topi.

Come tutti gli psicoanalisti, anche Freud ha redatto protocolli operando una scelta selettiva tra i suoi appunti. Egli utilizzava i casi per esemplificare connessioni e percorsi tipici della vita psichica.

Gli appunti di Freud sull'uomo dei topi hanno destato scalpore, perché il fondatore della psicoanalisi non si attenne mai a quei consigli tecnici che vennero infine assunti nel sistema delle regole psicoanalitiche. Come già abbiamo esposto all'inizio e motivato nel primo volume, la soluzione dei problemi tecnici, francamente, non può essere ottenuta mediante un ritorno alle tecniche non ortodosse di Freud.

Un profondo segno di trasformazione è desumibile dal fatto che nella stesura dei protocolli parti più o meno lunghe del resoconto del trattamento dedicano maggior attenzione alla natura diadica della situazione psicoanalitica, adottando un punto di vista interpersonale nel presentare il materiale del caso clinico. Questo cambiamento di stile nella forma espositiva, al quale hanno contribuito eminenti psicoanalisti di ogni scuola, è espressione di un

cambiamento di mentalità che riconosce autonomia alla teoria della tecnica e alla sua verifica nella pratica psicoanalitica.

Per poter scrivere in modo convincente una storia clinica intesa come ricostruzione delle condizioni genetiche, occorre attenersi a criteri diversi da quelli usati per la presentazione di un resoconto di trattamento. Il punto centrale nei resoconti di trattamento è il riscontro del cambiamento e delle condizioni che l'hanno indotto.

Freud dovette accontentarsi di stabilire differenziazioni piuttosto approssimative, lasciando molto da chiarire alla ricerca successiva. Da un punto di vista attuale le storie cliniche di Freud non possono essere considerate né modelli di ricostruzione delle condizioni genetiche, né paradigmi per la stesura di protocolli di trattamenti psicoanalitici. Troppo arduo è il compito di creare le condizioni ottimali per il cambiamento e verificarne gli effetti. Una ricerca etiologica centrata sulla verifica delle ipotesi richiede impegni così gravosi che vanno al di là delle possibilità di un singolo analista. Edelson (1986), stimolato dalla critica di Grünbaum (1984), ha proposto un modello ideale secondo il quale oggi dovrebbero essere scritte le storie cliniche e i resoconti di trattamento, per soddisfare le esigenze della verifica delle ipotesi; finora, però, egli non ha fornito alcun esempio pratico.

Non esistono storie cliniche di Freud dalle quali il lettore non possa desumere indicazioni sulla tecnica da lui usata. Sebbene il punto nodale di tutte le storie cliniche freudiane sia la ricostruzione della genesi delle nevrosi per ricavare leggi generali, Freud offre anche esempi di interventi terapeutici, talvolta parola per parola. Noi consigliamo di accompagnare sempre la lettura dei casi clinici di Freud con la lettura di un saggio critico tratto dalla successiva letteratura sull'argomento.

Lo sviluppo postfreudiano del modo di redigere le storie cliniche e i resoconti di trattamento è caratterizzato da un consistente aumento di estese relazioni di casi (Kächele, 1981). Negli ultimi anni è andata sempre più evidenziandosi la tendenza di molti analisti a rendere accessibile ai lettori la loro pratica clinica; con un'adeguata preparazione, ciò consente un confronto critico su basi più concrete all'interno della comunità professionale.

Ma nella letteratura psicoanalitica, ancora oggi, la cosiddetta «vignetta» è la principale forma di presentazione. La «vignetta» si caratterizza per completezza, sottigliezza e acume (vedi Thomä e Hohage, 1981) e serve a illustrare determinate connessioni psicodinamiche. Rispetto a questo punto essenziale passano in secondo piano le implicazioni per la condotta terapeutica dell'analista. La maggior parte delle vignette si basano su frammenti relativi alla psicogenesi e servono per esemplificare una determinata ricostruzione genetica. Greenson (1967) ha anche criticato classiche opere meno recenti, come ad esempio quelle di Sharpe (1940), Fenichel (1941), Glover (1955), Menninger e Holzman (1958), perché in questi manuali non si parla

molto di come realmente lavora l'analista, di ciò che egli sente, pensa e fa. Esistono quindi ancora sufficienti motivi per lamentarsi della carenza di significativi resoconti di trattamento di analisti importanti, come fa la Spillius (1983) nella sua rassegna critica dei più recenti sviluppi della tecnica kleiniana.

I resoconti di casi sono soprattutto forniti dai candidati, che li sottopongono alle società psicoanalitiche per esservi ammessi; per la loro funzione utilitaria questi resoconti sono di dubbio valore, come ha giustamente evidenziato la Spillius. La situazione è confermata da alcune eccezioni, e noi non intendiamo perdere l'occasione di dare il giusto risalto a questi esempi. Poco prima di morire Melanie Klein portò a termine il resoconto completo dell'analisi, durata quattro mesi (nel 1941), di un fanciullo di dieci anni a cui diede il nome di Richard; il lavoro venne pubblicato nel 1961:

La presentazione del seguente caso clinico è fatta in vista di parecchi obiettivi. Prima di tutto desidero illustrare la mia tecnica più in dettaglio di quanto non abbia mai fatto finora. Le mie estese note permettono al lettore d'osservare come le interpretazioni trovino conferma nel materiale successivo. In tal modo è possibile seguire lo sviluppo che giorno per giorno avviene nell'analisi, nonché la sua continuità. (P. 17)

Non esiste pressoché alcun resoconto di trattamento in cui le ipotesi teoriche dell'analista ne determinino il comportamento in modo così palese, come in questa presentazione, che riproduce dettagliatamente tutte le 93 sedute. Oltre ai commenti di Geleerd (1963), esiste anche uno studio basilare di Meltzer (1978) che contiene una valutazione dettagliata del processo di trattamento. Esiste anche un ampio resoconto clinico di Winnicott, apparso postumo col titolo *Frammento di un'analisi* in una raccolta pubblicata a cura di Giovacchini (1972). L'antefatto di questo resoconto di trattamento è già di per sé significativo in relazione alla tematica di questo capitolo.

Nel 1954 Winnicott tenne una conferenza sul trattamento di un paziente schizoide, che nel corso dell'analisi aveva vissuto momenti di derealizzazione. La versione scritta della conferenza, apparsa in tedesco nel 1956, conteneva la seguente indicazione: «Casualmente ho tenuto un resoconto letterale degli ultimi quattro mesi di questa fase [della terapia] che è a disposizione di chi desiderasse controllare il lavoro fin qui svolto con il paziente.»

La natura colloquiale dello scambio di pensieri tra questo paziente e Winnicott sconcertò l'analista francese Annie Anzieu (1977), perché le numerose interpretazioni di Winnicott non permettevano di cogliere il discorso del paziente. Gli analisti che si ispirano a Lacan sono spesso estremamente silenziosi, e questo aspetto è stato criticato da Lang (1986). Lo stesso Lacan non ha fornito descrizioni cliniche dettagliate, e mancano del tutto le ricerche empiriche in proposito, specialmente di tipo linguistico, anche se sembrerebbe naturale, per tali studi, che siano condotti in base alle tipiche tesi

lacaniane. Alcune scarse indicazioni sul modo di condurre il trattamento da parte di Lacan possono essere dedotte dalla trascrizione di un'intervista diagnostica fatta da Lacan a un paziente psicotico; egli si era limitato a esplorare i sintomi psicopatologici mediante la tecnica psichiatrica tradizionale, che consiste nel porre domande al paziente.

Ciò contrasta con la descrizione di un processo psicoanalitico da parte di Dewald (1972), che, come poi avrebbe fatto Wurmser (1987), si basa su protocolli stenografati di sedute. La presentazione di Dewald offrì a Lipton (1982) un'eccellente occasione per criticarne la tecnica (vedi vol. 1, cap. 9).

Un esempio assai dimostrativo è dato anche da un dibattito pubblicato da Pulver (1987) con il titolo *How Theory Shapes Technique: Perspectives on a Clinical Study*. Alla base di questo dibattito è una raccolta di appunti di un analista (Silverman) il quale, nel corso di tre sedute, annotò i propri pensieri e sentimenti, accanto alle proprie interpretazioni e alle reazioni del paziente.

Questo materiale clinico venne esaminato da dieci analisti, noti rappresentanti di differenti scuole. Shane (1987) e Pulver (1987) sintetizzarono i risultati della discussione, in cui naturalmente ciascuno partì dal proprio punto di vista. Silverman, l'analista curante, è un sostenitore della teoria strutturale.

Dopo una valutazione del materiale da parte di Brenner (teoria strutturale), Burland (scuola mahleriana), Goldberg (psicologia del Sé) e Mason (prospettiva kleiniana), Shane (1987, pp. 199, 205) afferma rassegnato:

Per prima cosa, noi andiamo a costatare che ciascun partecipante al dibattito trova degne di essere poste in risalto nel paziente quelle caratteristiche diagnostiche che sono meglio spiegabili alla luce dei propri riferimenti teorici (...) In sintesi, direi che la diversità di opinioni sulla diagnosi e sulla psicodinamica del paziente di Silverman suggerirebbe che la sua concezione teorica ha la precedenza su ogni altro tipo di riflessione. Le presentazioni dimostrano ampiamente che ogni teoria può risultare molto convincente, e ciò rende pressoché impossibile esprimere un giudizio assoluto, e inevitabile la scelta personale.

Anche la Schwaber (1987, p. 262) mostra in modo convincente che i modelli utilizzati dai partecipanti a questa discussione hanno spesso avuto un effetto deformante sulla stessa raccolta dei dati. Per tale ragione, afferma che i modelli teorici vanno usati in modo più adeguato (pp. 274 sg.):

La scienza moderna ci insegna che la partecipazione dell'osservatore è un elemento essenziale che influenza i dati. Io non sostengo una procedura ateorica, ammesso che sia possibile. Suggesto invece di riconoscere che, indipendentemente dalla teoria di nostra elezione, corriamo il rischio di usarla per interrompere la ricerca prematuramente, invece di portarla avanti, in modo da trovare risposte anziché porre nuove domande (...) I nostri modelli non sono solo assunti che rispondono al gusto personale, facilmente intercambiabili (...) Dobbiamo trovare quel modello che meglio spieghi i dati e ci consenta di ampliare il nostro orizzonte.

Queste considerazioni critiche su un trattamento in corso chiariscono i numerosi problemi evidenziati dalla partecipazione di terzi, siano essi spe-

cialisti, scienziati di altre discipline o profani. Si comprende perciò come Pulver sia particolarmente preoccupato delle modalità di stesura di un protocollo.

Egli accoglie con entusiasmo la schiettezza dell'analista nel fare il suo resoconto. Infatti è da tener presente che gli analisti meritano tutta la nostra approvazione quando tentano di fissare con esattezza in un protocollo, durante o dopo la seduta, ciò che il paziente ha comunicato e ciò che loro stessi hanno sentito, pensato o detto, ben sapendo che questo protocollo costituirà la base di una discussione con i colleghi di altre scuole e orientamenti. Ci sono numerose ragioni di questa crescente disponibilità degli analisti a lasciare che i colleghi gettino uno sguardo da dietro le loro spalle. Senza dubbio la psicoanalisi, dopo aver contribuito a instaurare un clima di autocritica in altre discipline, oggi conosce essa stessa una fase di smitizzazione e demistificazione. La psicoanalisi istituzionalizzata corre il rischio di trasformarsi in un'ideologia. Freud è diventato una figura mitica. Non è quindi casuale che il grande pubblico mostri una vera e propria avidità per tutto ciò che i pazienti di Freud raccontano della sua pratica. Dunque alla domanda retorica espressa in un titolo della Nissim Momigliano (1987), *Was Freud a Freudian?*, è facile rispondere: «Freud non fu un freudiano ortodosso.»

Negli ultimi decenni la paura che le sedute siano rese pubbliche è talmente diminuita che anche gli analizzati, siano essi pazienti o candidati in formazione, in un modo o nell'altro raccontano dei loro trattamenti (vedi D. Anzieu, 1986; Guntrip, 1975). Accanto agli ormai famosi racconti e diari di Anaïs Nin, Marie Cardinal, Hannah Green, Erica Jong, Dörte von Drigalski e Tilmann Moser, esistono anche lavori congiunti che contengono i resoconti di entrambi i partner analitici, come ad esempio il lavoro di Yalom e Elkin (1974). Qui vale l'antico motto *audiat et altera pars*. Sarebbe troppo semplicistico attribuire tali frammenti autobiografici, di varia qualità letteraria, a sentimenti di offesa, a transfert negativi non analizzati, oppure a un eccesso di esibizionismo e narcisismo.

Questi cambiamenti di clima nella psicoanalisi hanno avviato una smitizzazione a cui contribuisce sempre di più anche la ricerca empirica sistematica in psicoterapia (vedi ad esempio Masling, 1982, 1986; Dahl, Kächele e Thomä, 1988). Noi abbiamo grande fiducia che si produrranno ulteriori cambiamenti.

Nonostante gli attuali studi catamnestici (vedi 9.1), nella letteratura clinica si procede ancora con argomentazioni relativamente semplicistiche. Anche nel lavoro di Pulver sopra citato si dà per scontato che analisti di grande reputazione e particolarmente esperti possano ottenere uguale successo pur esprimendo valutazioni divergenti di fronte a un caso. La verità è che le sedute presentate da Silverman provengono da un trattamento con

decorso particolarmente sfavorevole, e dunque il fatto che i protocolli non siano stati esaminati dal punto di vista dei fattori terapeutici può essere dovuto a una forma di riguardo fra colleghi. Naturalmente, non è ancora chiaro quanti fattori, generici e specifici, considerati curativi in base alla ricerca (Kächele, 1988b), debbano integrarsi quantitativamente e qualitativamente nel singolo caso, per consentire un netto miglioramento o la guarigione.

Può darsi che l'efficacia delle terapie psicodinamiche sia dovuta più alle loro affinità e somiglianze rispetto ad alcuni principi fondamentali, che non alle differenze quanto al contenuto delle interpretazioni. Joseph (1979) elenca alcune di queste ipotesi di base, tra cui i processi inconsci, la resistenza, il transfert, le associazioni libere, la derivazione genetica dei disturbi, i tentativi terapeutici di comprendere e interpretare, e l'ipotesi che esistono dei conflitti. Pulver (1987, p. 298) si spinge oltre, affermando che le differenze di opinione tra i partecipanti alla discussione erano più apparenti che reali.

I terapeuti forse dicono ai pazienti essenzialmente le stesse cose, anche se con parole diverse. Non appena i pazienti si abituano al linguaggio del loro terapeuta *si sentono di fatto compresi*. Ad esempio questa paziente, che prova un indicibile sentimento di carenza, potrebbe sentirsi compresa da un kleiniano che parli di invidia del pene, così come da uno psicologo del Sé che metta in parole il suo sentimento di frammentazione, come infine da un teorico strutturale che faccia riferimento al suo sentimento di castrazione.

Dunque Pulver ipotizza che questa paziente possa aver avuto degli insight esprimibili con differenti linguaggi, anche se la terminologia rappresenterebbe semplicemente una serie di variazioni metaforiche dei medesimi processi. Analoga è l'argomentazione di Joseph (1984), che pone l'accento sulle connessioni inconscie; ad esempio un colloquio su angoscia e perdita riguarda sia l'angoscia inconscia preedipica di separazione sia l'angoscia di castrazione.

Di fatto, di fronte alla parola chiave «perdita», alla mente di ogni persona affiorano molti vissuti che possono essere apparentati, pur appartenendo a sottogruppi diversi. Quale narrativa si sviluppi in un trattamento, perciò, non è casuale né insignificante (vedi Spence, 1982, 1983; Eagle, 1984b). Sicuramente è essenziale che entrambi i partecipanti, paziente e analista, qualche volta siano d'accordo su un fatto. Non si tratta però, in alcun modo, di trovare o inventare un «gioco di parole» qualsiasi, che colleghi metaforicamente ogni cosa. Dopo tutto, il paziente vorrebbe essere guarito dai suoi disturbi, vorrebbe avere il controllo sui suoi conflitti e sulle loro radici inconscie, non solo conoscerli. Inoltre, anche gli estranei sono in grado di valutare se veramente i sintomi si sono modificati.

Come ha spiegato in modo convincente Eagle (1984a, p. 178), i fenomeni

che si verificano nel trattamento psicoanalitico possono contribuire in modo rilevante a elaborare una teoria della terapia, cioè

alla comprensione del rapporto tra alcuni tipi di operazioni e interventi e il verificarsi o il non verificarsi di cambiamenti specifici di un certo tipo. A me sembra ironico che alcuni autori cerchino di impiegare i dati clinici per quasi tutti i fini, tranne che per il fine per il quale essi sono più adeguati: la valutazione e la comprensione del cambiamento terapeutico.

Oggi, la sintesi del corso di una terapia appare, per la sua incompletezza, di dubbia rilevanza ai fini di una validazione scientifica.

D'altro canto l'incompletezza è insita nella natura dell'argomento. Al giorno d'oggi è però possibile soddisfare un'esigenza fondamentale, cioè che venga fornita una documentazione dettagliata al livello di osservazione dal quale hanno origine le generalizzazioni. Il modello sistematico di storia clinica introdotto da Mitscherlich fu un primo tentativo in questa direzione, anche se fu ben poco utilizzato (vedi Thomä, 1954, 1957, 1961, 1978; Boor, 1965). Era importante l'esigenza che l'astrazione e la concettualizzazione fossero alla base della classificazione. L'Indice Hampstead tentò di fare qualcosa di simile, cioè di permettere di chiarire i concetti fondamentali della psicoanalisi mediante una documentazione sistematica (vedi Sandler, 1962; Bolland e Sandler, 1965). Il modello di Mitscherlich era didatticamente assai valido perché favoriva la riflessione durante la fase della formulazione di ipotesi specifiche in medicina psicosomatica, e la sistematizzazione facilitava il confronto. Il modello prevedeva sviluppi futuri. Mitscherlich sottolineò il significato della relazione medico-paziente per la diagnosi e per la terapia, anche adottando lo schema di colloquio della Tavistock Clinic ai fini della documentazione. Le modificazioni dei sintomi dovute agli interventi dell'analista diventano il centro dell'interesse nelle descrizioni del decorso di un trattamento.

Andando al di là degli aspetti tecnici dell'interpretazione e della questione di che cosa vada interpretato, come e quando, Bernfeld (1941) fu originale nell'affrontare il tema della validità scientifica e del contenuto di verità delle interpretazioni, ripreso negli anni cinquanta da Glover (1952), Kubie (1952) e Schmidl (1955).

Gli studi sulle interpretazioni condotti presso la Clinica psicosomatica dell'Università di Heidelberg in collaborazione con il Sigmund Freud Institut di Francoforte – due istituzioni dirette per lungo tempo da Mitscherlich – avevano l'ambizioso obiettivo di convalidare la teoria che era alla base dell'intervento terapeutico del singolo analista. Suggestioni essenziali in tal senso provennero dalla strutturazione data da Balint ai suoi seminari di tecnica, dove si attribuiva altrettanta importanza ai pensieri dell'analista prima di esprimere un'interpretazione che alla reazione del paziente.

Per dare il giusto peso alle svariate riflessioni che ricorrono nello stato di

attenzione uniformemente fluttuante, Balint raccomandava di annotare, dopo la seduta, anche un semplice pensiero. Un'importante tappa intermedia fu l'inclusione nel protocollo delle considerazioni dell'analista – oltre alle interpretazioni vere e proprie – e di notizie sul contesto emotivo e razionale in cui le interpretazioni avevano avuto origine. Questo modo di prendere appunti mise in evidenza come sia importante far partecipare il paziente ai pensieri che stanno alla base degli interventi o delle interpretazioni dell'analista. È in effetti un risultato dell'esperienza clinica di molto tempo fa, alla quale già Freud (1938, p. 604) si era riferito. Egli sosteneva che bisognava rendere il paziente un *compartecipante* consapevole (*Mitwisser*) alle costruzioni dell'analista, cioè a come l'analista arriva alle sue interpretazioni e per quali motivi. Rispetto ai resoconti di cui oggi disponiamo, appare come Freud effettivamente creasse con i suoi pazienti un rapporto di fiducia, rendendoli partecipi dei dettagli dei suoi pensieri, cioè del contesto delle sue interpretazioni. In non pochi casi Freud suddivide chiaramente l'analisi in due fasi distinte:

Nella prima il medico si procura dal malato le informazioni necessarie, lo rende edotto dei presupposti e dei postulati dell'analisi ed elabora dinanzi a lui la costruzione della genesi del suo male alla quale si ritiene autorizzato in base al materiale fornito dall'analisi. Nella seconda fase lo stesso malato si impadronisce del materiale che gli è stato prospettato, ci lavora su, rammenta quel che può dei contenuti che si presumono rimossi e si sforza di ripetere il resto in certo qual modo come se lo rivivesse. Così facendo egli può confermare, integrare e rettificare le congetture del medico. Solo durante quest'ultimo lavoro il malato sperimenta, mediante il superamento delle resistenze, quel cambiamento interno che si vuole ottenere da lui, e si procura quei convincimenti che lo rendono indipendente dall'autorità del medico. (Freud, 1920a, p. 146)

Il pericolo di intellettualizzazione può essere evitato con opportune modalità di conduzione del dialogo. Spiegare il contesto razionale delle interpretazioni suscita in genere un'intensa eco affettiva da parte del paziente e fornisce un'informazione supplementare che consente al paziente di considerare in modo critico il punto di vista dell'analista. Il paziente ha una maggiore libertà di comprendere come la pensa l'analista e quello che gli appariva come il suo ruolo misterioso. Anche un preciso esame di quella che si definisce l'identificazione del paziente con le funzioni dell'analista (vedi 2.4) dipende dal fatto che i dialoghi siano dettagliatamente documentati.

Thomä e Houben (1967) – mediante lo studio delle interpretazioni – hanno tentato di identificare gli aspetti essenziali della tecnica di un analista e delle relative basi teoriche, e – mediante lo studio delle reazioni del paziente – di valutarne l'efficacia terapeutica. Nel corso di questi studi a poco a poco si è fatta strada negli autori la consapevolezza dei problemi legati all'*efficacia* delle interpretazioni e alla *verità* delle teorie.

Per lo studio sistematico delle interpretazioni, seguendo una raccomandazione di Susan Isaacs (1939), abbiamo costruito uno schema di resoconto,

che richiede allo psicoanalista che redige il protocollo di situare le interpretazioni date fra il polo osservazionale e quello teorico, e di descrivere le reazioni del paziente. I periodi del trattamento vengono individuati in base ai punti seguenti:

- a) associazioni, comportamenti, sogni del paziente, che hanno portato l'analista a considerare ai fini della rielaborazione una determinata tematica in un determinato periodo (*ipotesi psicodinamica*);
- b) riflessioni dell'analista sugli aspetti teorici della nevrosi e sugli aspetti tecnici, precedenti le singole interpretazioni;
- c) scopo dell'interpretazione;
- d) formulazione dell'interpretazione;
- e) reazione immediata del paziente;
- f) tutte le ulteriori interpretazioni dell'analista e le reazioni del paziente (associazioni, comportamenti, sogni, cambiamenti di umore e di stato emotivo ecc.) che appaiono rilevanti rispetto alla tematica da rielaborare;
- g) fino a che punto è stata raggiunta la meta proposta?
- h) indicazioni sul materiale che non concorda con le ipotesi.

Mentre lavoravamo a questo progetto risultò evidente che la questione della validazione può essere risolta solo nel complesso ambito della ricerca sul decorso e sull'esito della psicoanalisi, che allora superava di gran lunga le nostre possibilità. Lo schema di resoconto resta comunque sempre valido per fornire informazioni essenziali per la discussione clinica, come ha dimostrato Pulver (1987) venticinque anni dopo. È molto utile per l'analista redigere protocolli dei suoi sentimenti, pensieri e interventi in un modo che consenta a terzi di formarsi un punto di vista alternativo o comunque di essere aiutati in tal senso. Un esempio a questo proposito lo offriamo nel capitolo 8. Per proseguire la ricerca clinica e poter garantire maggiore scientificità alla pratica psicoanalitica, sono necessari i chiarimenti che abbiamo riassunto nel capitolo 10 del primo volume.

Il nostro particolare interesse per gli effetti delle interpretazioni ci ha indotti, nel preparare quei protocolli, a trascurare il ruolo degli aspetti emotivi della relazione. La perdita del contesto emotivo che costituisce lo sfondo dell'analisi fa sì che le interpretazioni e le reazioni appaiano molto più intellettualizzate di quanto lo fossero in realtà.

Vissuto e insight, interpretazione e relazione, aspetti verbali e non verbali del dialogo sono in costante interazione (vedi Thomä, 1983; vol. 1, 8.6). Formulando o ricostruendo le interpretazioni l'analista si sposta poi verso le profondità del controtransfert, di cui è più facile parlare che scrivere.

Questi due esempi di tentativi di scrivere dei resoconti di trattamento riguardavano l'ottenere dati su ciò che l'analista sente, pensa e fa in presenza del suo paziente, nel modo più preciso possibile. Anche Glover (1955) aveva

dato particolare valore al resoconto che l'analista redige su ciò che ha detto al paziente. È importante perché molte delle cosiddette narrative sono, secondo la critica di Spence (1986), narrazioni tipiche costruite dall'analista sulla base di prospettive psicodinamiche latenti che non permettono di riconoscere i contributi dell'analista.

La registrazione dei trattamenti ha infine dato concretezza alla tendenza qui sintetizzata, ai fini sia della ricerca sul decorso e sull'esito sia del training dei futuri analisti (vedi Thomä e Rosenkötter, 1970; Kächele, Schaumburg e Thomä, 1973).

Quasi trent'anni dopo l'introduzione del modello di Mitscherlich, lo *studio sistematico del singolo caso* si è rivelato il procedimento adeguato ai nostri tempi. La metodologia di questi studi è da qualche tempo al centro della discussione (Bromley, 1986; Petermann, 1982; Edelson, 1988). Questi studi permettono di soddisfare le attuali esigenze della ricerca sulla verifica delle ipotesi in psicoanalisi (Weiss e Sampson, 1986; Neudert, Grünzig e Thomä, 1987).

1.4 *Sulle tracce del dialogo: registrazione e trascrizione*

È opportuno considerare attentamente l'utilizzazione di mezzi tecnologici. Sebbene la registrazione documenti il dialogo verbale, questo «terzo orecchio» tecnologico non registra i pensieri e i sentimenti che restano inespresi o colmano di significato e di affetti uno spazio senza parole. Sarebbe superfluo segnalarlo espressamente, se a questo difetto non venisse data una così grande importanza, come si rileva dalla letteratura. Dopo tutto, è possibile «udire» di più con la lettura delle trascrizioni, o anche con l'ascolto dei nastri, che non con la lettura di articoli basati su appunti. Prendere appunti durante la seduta può distrarre l'attenzione dell'analista, ed egli è più selettivo se lo fa al termine della seduta, come raccomandava Freud.

Nella scelta dei fenomeni da descrivere l'analista segue una concezione teorica personale, e chi mai è contento di scoprire che le proprie aspettative e ipotesi sono state contraddette? Non solo i pazienti recuperano gioia di vivere e speranza dalle conferme. La ricerca finalizzata alla verifica delle ipotesi è faticosa per tutti gli psicoterapeuti, perché necessariamente mette in questione le loro convinzioni predilette (vedi Bowlby, 1979). Condividiamo quindi volentieri questo lavoro con ricercatori che collaborano senza partecipare direttamente alla terapia.

L'autore più anziano di questo libro iniziò le registrazioni dei trattamenti psicoanalitici quando nel 1967 assunse la cattedra di psicoterapia all'Università di Ulm. Negli anni successivi queste registrazioni, insieme con le registrazioni di trattamenti condotti da alcuni collaboratori, formarono il nucleo della Ulmer Text-Bank, un archivio di protocolli psicoanalitici che

nel frattempo è stato messo a disposizione di numerosi studiosi in Germania e all'estero (vedi Mergenthaler, 1985).

Dovevano passare degli anni prima che imparassimo a valutare i notevoli effetti positivi dell'ascolto dei dialoghi e della lettura delle trascrizioni integrali del nostro lavoro, superando così ogni precedente perplessità. La lotta per introdurre analoghi ausili tecnologici nell'intervista psicoanalitica era stata iniziata da Zinn nel 1933 (vedi Shakow e Rapaport, 1964, p. 138); certamente non è ancora terminata, ma nel Congresso psicoanalitico internazionale di Helsinki (1982) McLaughlin ha menzionato per la prima volta in termini positivi le possibilità offerte dalla registrazione dei trattamenti per il training e per la pratica clinica.

A differenza della scuola di Carl Rogers, per lungo tempo nella psicoanalisi queste diverse possibilità, per vari motivi, non furono tenute in considerazione. Al centro dei molti scrupoli c'era la preoccupazione che la presenza di un registratore potesse agire come la presenza di una terza persona: il paziente sarebbe ammutolito «non appena notasse solo un testimone a lui indifferente» (Freud, 1915-17, p. 201).

Eppure è risaputo da molto tempo che i pazienti, salvo poche eccezioni, danno senza difficoltà il loro consenso alla registrazione delle interviste, perché vengano discusse tra specialisti o utilizzate per la ricerca scientifica. Non è infrequente che i pazienti – giustamente – abbiano la speranza di ottenere un beneficio terapeutico dal fatto che il loro analista si interessi in modo particolare del loro caso. Naturalmente il consenso iniziale del paziente e le sue motivazioni sono solo un aspetto del problema; l'altra questione decisiva riguarda gli effetti della registrazione sul processo psicoanalitico. Per fare uno studio comparativo su un solo paziente, si dovrebbe poterlo trattare due volte, con e senza registrazione, ma è possibile fare riferimento ai numerosi trattamenti psicoanalitici che sono stati registrati e nei quali non si sono evidenziati effetti negativi sistematici. Noi non utilizziamo il cosiddetto *playback*, ma secondo Robbins (1988) i pazienti gravi raggiungono una «oggettificazione del Sé» (Stern, 1970) terapeuticamente efficace ascoltando i loro colloqui registrati e avendo la possibilità di rielaborare l'esperienza fatta.

Una volta che il paziente ha dato il suo consenso alla registrazione, noi la consideriamo un elemento della cornice permanente nell'ambito della quale viene interpretato tutto ciò che succede. Naturalmente il paziente può anche revocare il suo consenso. In 7.5 forniamo alcuni esempi di casi i quali mostrano che non solo è possibile ma è anche molto utile che questi episodi siano resi oggetto di un'accurata indagine psicoanalitica.

Comunque, in base alla nostra esperienza e in base alla letteratura, il decorso del processo psicoanalitico in genere è tale che la registrazione finisce per diventare un elemento di routine che solo occasionalmente ha un significato inconscio, esattamente come lo stendersi sul lettino. Ad esempio,

le funzioni superegoiche possono essere attribuite solo al registratore e proiettate sulla segretaria che trascrive le sedute (come figura transferale), in funzione di quanto sono intense le aspettative di castigo.

Analogamente, nel corso dell'analisi le fantasie onnipotenti di cui il paziente si vergogna e che teme siano rese pubbliche – timori nevrotici di essere identificato, nonostante gli sia garantito l'anonimato – possono apparire in un testo solo in funzione delle aspettative di angoscia e di piacere di fronte alla pubblicità, finché tali desideri sono in conflitto. Dopo un attento esame e una necessaria rielaborazione, le molte cose che prima sembravano strane e soggettivamente drammatiche appariranno più semplici e più umane. Il testo di un dialogo psicoanalitico non è tuttavia superficiale, sebbene molti lettori si meravigliano di quanto poco esprima di per sé. Per questo talvolta si dubita che l'utilizzazione dei protocolli possa portare qualcosa di nuovo. Eppure almeno l'analista che presenta la registrazione spesso rimane sorpreso quando si rende conto, ascoltando la propria voce o leggendo la trascrizione, di quanto le sue interpretazioni siano lontane da come dovrebbero essere secondo i manuali, cioè «chiare e distinte».

Sono molti i problemi che un analista deve risolvere quando dà a un collega i dati della propria pratica clinica – in questo caso un dialogo trascritto – perché vengano valutati. I colleghi confermano con più o meno riguardi qualcosa che può anche sfuggire alla valutazione personale, cioè che può esistere una significativa discrepanza tra il proprio ideale professionale e la realtà. Il registratore è senza alcun dubbio un ascoltatore neutrale e non selettivo, a cui nulla può sfuggire! Lawrence Kubie, a cui l'autore più anziano è molto grato per una supervisione con l'uso di registrazioni, descrive come segue le dolorose esperienze che ogni psicoanalista deve sopportare quando si confronta direttamente con ciò che ha detto nella situazione psicoanalitica:

Quando, per la prima volta, uno studente di psichiatria o un buon analista esperto ascolta come egli stesso ha partecipato a un colloquio o a una seduta terapeutica, l'esperienza è sempre sorprendente e illuminante. Si sente quando parla come se fosse l'eco del paziente, o quando lo domina con il tono della voce, o parla in modo più sommesso di lui, o quando gioca all'altalena col paziente: forte quando il paziente è sommesso, e sommesso quando il paziente parla forte. O, con sorpresa e sgomento, scopre nella sua voce un pizzico di ironia o sarcasmo non intenzionale, o di impazienza e ostilità, o anche un eccessivo atteggiamento di consolazione e di calda seduzione, oppure ascolta per la prima volta i rumori che, a mo' di tic, egli stesso produce e con i quali punteggia e interrompe il flusso di pensieri del paziente. Da dati di questo tipo, il terapeuta e tutto il gruppo imparano molto su sé stessi, sul processo di interscambio con i pazienti e su ciò che questo processo evoca in essi, nella forma di modelli comportamentali verbali automatici e per questo difficili da descrivere.

In questo modo, psichiatri e analisti imparano a osservare e tenere in considerazione i sottili trucchi dell'oblio e del falso ricordo, a cui è incline la mente umana. Nel corso di un seminario, un giovane psichiatra riferì che in un'intervista precedente un suo paziente, a un certo punto, aveva chiesto di spegnere il registratore mentre comunicava cose par-

ticolarmente dolorose. Il gruppo discusse i possibili motivi di questa richiesta, sulla base della conoscenza del paziente acquisita in seminari precedenti. Quindi, per verificare l'esattezza della nostra ricostruzione ipotetica, si chiese allo psichiatra di far ascoltare al gruppo i cinque minuti precedenti l'interruzione e poi cinque o dieci minuti successivi alla riattivazione della registrazione. Con sorpresa del giovane psichiatra e dell'intero gruppo, nell'ascoltare la registrazione scoprimmo allora che era stato lo psichiatra e non il paziente ad aver suggerito di fermare la registrazione. Il giovane psichiatra non aveva il benché minimo ricordo della propria partecipazione a ciò. Inoltre, nell'ascoltare il parlare esitante del paziente, la sua modificazione nel ritmo e nell'intensità, il tono alterato e l'attacco della voce, fu chiaro a tutti noi che il giovane psichiatra, in modo del tutto intuitivo, aveva fatto una cosa molto sensata: aveva valutato correttamente la crescente tensione del paziente e percepito la sua necessità di un gesto di particolare considerazione e intimità. Il risultato fu che la relazione con il paziente poté rafforzarsi, tanto che lo psichiatra fu in grado di ricordare che era stato il paziente che, dopo un'interruzione relativamente breve, aveva proposto di riprendere la registrazione e che, dopo che la registrazione era stata riattivata, aveva continuato a parlare con franchezza e senza alcun imbarazzo delle cose per le quali prima si trovava in così grande difficoltà. Gli aspetti illuminanti di questo episodio, sia per il dato in sé sia per il transfert e il controtransfert, fornirono al gruppo materiale di riflessione e di discussione per il resto del seminario. Senza l'audioregistrazione, tutto questo non avrebbe potuto essere studiato. (Kubie, 1958, pp. 233 sg.)

È difficile negare l'importanza di queste parole. Esse aprono un contesto di scoperta che mette in luce il pericolo di riduzionismo sempre latente in ogni resoconto condensato e selezionato.

Spesso le trascrizioni appaiono scarse rispetto ai ricordi che l'analista ha della seduta, e che rivivono immediatamente in lui alla lettura del testo. Il ricco contesto emotivo e cognitivo aggiunge vitalità a ogni frase del paziente e dell'analista; questo contesto ricco di sfaccettature che rivive quando l'analista legge una trascrizione può essere soltanto immaginato dal lettore che non ha partecipato al dialogo; egli può riempire i vuoti con l'aiuto della sua immaginazione e della sua esperienza. Nelle presentazioni tradizionali di casi, che in genere contengono molto meno dati originali, questo arricchimento è fornito dai commenti narrativi dell'autore. Anche l'uso di generalizzazioni, cioè dei concetti astratti, che sono regolarmente utilizzati nelle narrazioni cliniche, probabilmente aiuta chi legge a sentirsi a proprio agio. I concetti che sono utilizzati si adattano – automaticamente, per così dire – alle concezioni che il lettore vi associa. Se in un resoconto si parla di trauma o di oralità, tutti noi vi attribuiamo un significato in base a come comprendiamo questi e altri concetti, e la nostra comprensione si presta a farci entrare in un dialogo concordante o discordante con l'autore.

Le trascrizioni integrali non commentate, soprattutto, sono talvolta un materiale abbastanza insolito, con cui anche noi siamo riusciti a familiarizzarci, ma dopo molto tempo. Eppure, se vi lasciate assorbire da questi dialoghi e da queste azioni leggendo i vostri testi e quelli dei colleghi, riuscite a cogliere una quantità di dettagli. Ad esempio, il contesto chiarisce come un paziente intende una domanda dell'analista, se la prende come un incoraggiamento o come una critica. Solo quando il paziente segue la regola fon-

damentale e dice tutto ciò che gli passa per la testa, si può comprendere come ha inteso la domanda. Un metodo ancora più preciso per studiare lo sfondo emotivo è riassumere il proprio controtransfert durante particolari sequenze, o immediatamente dopo la seduta, o quando si viene interrogati a proposito della trascrizione.

Le trascrizioni rendono inoltre possibile lo studio degli assunti teorici che stanno dietro alle interpretazioni. Le ipotesi che i terzi fanno sulle motivazioni di fondo e sugli scopi di un'interpretazione sono più attendibili se in una trascrizione è possibile considerare intere sequenze. La tecnica del «pensare ad alta voce» con la quale Meyer (1981, 1988) studiava i processi di pensiero implicati nelle conclusioni di tre analisti porta anche più in là. In definitiva, l'ascolto delle registrazioni permette di stabilire un contatto molto ravvicinato con la situazione originaria.

Nell'ascolto delle trascrizioni integrali di trattamenti psicoanalitici mancano sia le pause di silenzio, che possono essere «commenti» molto eloquenti per ciascuno degli ascoltatori, sia le descrizioni dell'atmosfera, che può essere rievocata durante una presentazione orale nei seminari di tecnica. Noi ci chiediamo come mai sembra che sia più facile per un musicista udire la musica leggendo uno spartito, che per un analista far rivivere la trascrizione di una seduta.

Sandler e Sandler (1984, p. 396) definiscono «un compito importante per i futuri ricercatori comprendere il motivo per cui nel leggere le sedute trascritte di altri analisti si ha spesso l'impressione che in realtà si tratti di pessimi analisti». Attenuando la loro affermazione, aggiungono che questa reazione è troppo frequente per corrispondere alla realtà, giacché non è possibile che così tanti analisti siano tanto scadenti. Questa affermazione ci sfida ad ampliare le dimensioni del campione d'indagine. Sembra che, finora, solo gli analisti scadenti siano stati disposti a mettere in pubblico i nudi fatti, le infallibili trascrizioni. Con gli esempi contenuti in questo volume noi contribuiamo notevolmente ad ampliare il campione di indagine, finora ridotto, e naturalmente speriamo di non subire lo stesso verdetto. Eppure, anche esempi peggiori di questi possono essere utili e incoraggiare analisti illustri a mostrare infine come si dovrebbe fare, rendendo disponibili alla discussione modelli ideali di trascrizione di dialoghi. Tutti coloro che apprendono sono alla ricerca di modelli. I grandi maestri del nostro tempo non dovrebbero lasciarsi sfuggire l'opportunità di essere di buon esempio. Certamente i nudi fatti dello scambio verbale non sono l'ultima parola. Codificando le intonazioni e le altre comunicazioni non verbali è possibile rappresentare gli affetti meglio nelle trascrizioni che nelle pubblicazioni tradizionali. In ogni caso, è necessaria una certa pratica per poter seguire dei testi di dialoghi psicoanalitici che contengano informazioni così codificate.

Le videoregistrazioni sono indispensabili per la verifica di certe ipotesi, per esempio per lo studio di espressioni affettive attraverso la mimica e l'intonazione (Fonagy, 1983), della gestualità e dell'insieme dell'espressività nell'atteggiamento e nel movimento, cioè il linguaggio corporeo (Krause e Lutolf, 1988). Naturalmente, non ha senso filmare i dialoghi senza disporre di ipotesi preliminari chiare e senza un preciso metodo di valutazione; per questo motivo, numerosi filmati di un'analisi registrati al NIMH (National Institute of Mental Health, Washington) sparirono nei seminterrati e poi furono probabilmente distrutti (Bergmann, 1966).

Per registrare la comunicazione non verbale nella postura e nel movimento, la cui importanza è stata più volte sottolineata da Deutsch in vari lavori (1949, 1952), al momento esistono, almeno per l'uso clinico, mezzi meno costosi e meno complicati delle videoregistrazioni del paziente, che, essendo steso sul lettino, è limitato nei suoi movimenti. McLaughlin (1987) annotava i movimenti del paziente steso sul divano mediante semplici segni sul protocollo.

Stando alla nostra esperienza, possiamo affermare che i dialoghi psicoanalitici trascritti guadagnano in forza espositiva se il lettore si immedesima nella situazione, rendendola viva e identificandosi con i partecipanti; si avrà in un certo senso una riedizione del dialogo. Ciò nonostante rimane una differenza tra la situazione *in vivo* e quella *in vitro*: quando l'analista rilegge le sue interpretazioni, i suoi ricordi vi aggiungono una dimensione essenziale. È diverso leggere una tragedia di Shakespeare, esserne spettatore a teatro, oppure partecipare alla messa in scena come attore o come regista. In questo volume saranno presentati numerosi brani di trascrizioni, e chiediamo al lettore di tentare mentalmente di drammatizzare il testo. Riteniamo che la maggior parte di questi dialoghi possano stimolare nel lettore molteplici identificazioni immaginarie, e dunque numerose interpretazioni, anche se ciò non basta a eliminare la differenza fra chi ha prodotto un testo e chi lo recepisce.

I cosiddetti «nudi fatti» o «dati grezzi» si sono sempre appoggiati su teorie personali, in base alle quali l'osservatore chiarisce il singolo fatto attribuendovi un significato. Questa continua attribuzione di significati fa sì che il discorso sulla registrazione dei nudi fatti appaia ambiguo, proprio come la dottrina delle sensazioni pure, che William James definì un classico esempio della «fallacia dello psicologo». Eppure, esistono nudi fatti, come scopriamo immancabilmente quando riteniamo di poter mettere da parte una legge di natura. Il dolore provato dopo una caduta, che obbedisce alla legge di gravità e non al pensiero magico di essere invulnerabili, è un esempio di cui è facile riconoscere che si accorda con il principio di realtà di Freud: è chiaro che in questo caso il potere attribuito al pensiero è venuto meno di fronte al principio di realtà. Il riconoscimento, da parte dell'analista, sia del

significato metaforico che di quello letterale, e della tensione tra di essi, gli permette di cogliere livelli più profondi del testo che ha di fronte. Vale anche qui il detto biblico: «Cerca, e troverai.» Come aiuto per una migliore comprensione, ogni dialogo è integrato da commenti e da ulteriori riflessioni.

Lo studio dettagliato dei protocolli integrali apre nuove strade per la formazione a tutti i livelli (Thomä e Rosenkötter, 1970). Le supervisioni potranno essere strutturate in modo molto proficuo, soprattutto per quanto riguarda i procedimenti tecnici e l'acquisizione di punti di vista alternativi. Questo tema sarà trattato in 10.1.

Il problema non è di rendere la registrazione una pratica di routine. Noi pensiamo che le registrazioni riguardino determinate esperienze di apprendimento altrimenti difficili da ottenere. L'aspetto più importante è che l'analista curante possa farsi un'idea realistica del suo concreto operare terapeutico, il che è solo in parte possibile se ci si serve di protocolli redatti dopo le sedute, per motivi che dipendono dalla psicologia della memoria. Si tratta di un limite sistematico, poiché protocolli di questo tipo presentano omissioni regolari, come sappiamo dagli interessanti studi di Covner (1942) e di Rogers (1942). Nelle supervisioni come si svolgono abitualmente oggi, il supervisore tenta di individuare gli scotomi del candidato, sebbene questi siano perlopiù accuratamente occultati come conseguenza delle sue motivazioni inconscie. Il modo di procedere che si osserva spesso tra i partecipanti ai seminari di supervisione, cioè la tendenza a leggere a rovescio i resoconti presentati, alla ricerca di interpretazioni alternative, conferma l'universalità di un tale atteggiamento.

Una volta che l'analista si è esposto al confronto col registratore e ha superato i suoi numerosi e inevitabili sentimenti di essere ferito, i quali appaiono regolarmente quando egli paragona i suoi ideali con la realtà del suo agire, a questo punto può dedicare al paziente in seduta tutta la sua attenzione, senza essere distratto dal pensiero se annotare qualcosa, e che cosa, dopo la seduta, o di quali appunti sintetici prendere durante la seduta. L'esperienza soggettiva dell'analista lo libera dalla responsabilità di avere una funzione scientifica da svolgere, oltre a quella terapeutica. Gli resta tuttavia un compito indipendente, la libera riconsiderazione retrospettiva della seduta, che Paula Heimann (1969) chiama il «monologo interiore»: è evidente che questo non può essere registrato. Il modo in cui gli analisti guardano retrospettivamente alle proprie esperienze e ai propri pensieri costituisce un campo a sé, in cui i resoconti liberi restano insostituibili; abbiamo studiato a lungo questo aspetto, insieme con Meyer (vedi Meyer, 1981, 1988; Kächele, 1985).

A posteriori, possiamo dire che l'introduzione delle registrazioni nei trattamenti psicoanalitici era collegata all'inizio di una revisione critica del processo terapeutico da un punto di vista direttamente adiacente ai fenomeni. Questo semplice strumento tecnico era ed è tuttora oggetto di discussione

tra gli psicoanalisti. A dire il vero tutti coloro che sono attivamente impegnati nella ricerca concordano nel ritenere che le registrazioni sono divenute un importante strumento di indagine (ad esempio, Gill, Simon e altri, 1968; Luborsky e Spence, 1978; Gill e Hoffman, 1982). All'interno della psicoanalisi la critica alla metodologia di ricerca ebbe inizio negli anni cinquanta, e in un primo tempo non veniva presa sul serio (Kubie, 1952). Glover (1952), ad esempio, lamentò un insufficiente controllo nella raccolta dei dati. Shakow (1960) definì «un ingenuo fraintendimento del processo di ricerca» la concezione, derivata dall'affermazione di Freud relativa al «legame inscindibile», che ogni analista sarebbe in quanto tale un ricercatore. In realtà il «legame inscindibile» è diventato possibile solo con l'introduzione delle registrazioni, e nella misura in cui l'analista, con le sue teorie personali e le relative applicazioni terapeutiche, può oggi essere oggetto di studio scientifico. Per tali studi di verifica delle ipotesi dell'analista è essenziale la partecipazione attiva di terzi indipendenti. Stoller (1979, p. xvi) mette in questione l'affermazione che il metodo psicoanalitico è un metodo scientifico, dato che difetta di un elemento essenziale che si trova nelle altre discipline riconosciute come scientifiche.

Finché i nostri dati non saranno accessibili a terzi, le nostre conclusioni non possono essere convalidate da nessuno. Ciò non vuol dire che un analista non possa fare nessuna scoperta: il metodo scientifico è solo una delle vie per questo scopo. Significa però che il processo di verifica è molto fragile (...) Temo che non potremo essere presi molto sul serio se non documenteremo il nostro lavoro più chiaramente.

Riteniamo che lo scetticismo di Stoller sia oggi ingiustificato, poiché la registrazione delle sedute fornisce dati attendibili sullo scambio verbale. Concordiamo con Colby e Stoller (1988, p. 42) sul fatto che la trascrizione «non è una registrazione di ciò che è accaduto» ma «solo di ciò che è stato registrato». I dati verbali possono essere agevolmente integrati da ulteriori studi, ad esempio sul controtransfert dell'analista (vedi i nostri studi citati prima).

Dato che la psicoanalisi insiste giustamente sul fatto che la situazione clinica è il luogo della raccolta di dati clinici necessari alla verifica delle teorie, è necessario migliorare il metodo di osservazione, in modo da non escludere l'analista come osservatore partecipe, ma da fornirgli gli strumenti per verificare le sue «osservazioni». Gill, Simon e altri (1968) consigliavano di separare le funzioni del clinico da quelle del ricercatore, introducendo altre procedure di osservazione sistematica.

L'impressionante capacità di Freud di annotare esempi «la sera, al termine del lavoro e a memoria» (Freud, 1912b, p. 534) non lo proteggeva dal rischio della selettività e dell'oblio, e non autorizza nessuno psicoanalista a prendere appunti destinati a un'utilizzazione scientifica basandosi unicamente su quanto ricorda. Dobbiamo utilizzare una registrazione esterna dei dati

per rafforzare i nostri ricordi, per quanto possa essere efficiente la nostra memoria inconscia. Gill, Simon e altri (1968) hanno sottolineato che la capacità di ricordare è molto irregolare. Probabilmente è impossibile «calibrare» la nostra capacità di ricordare fino a farla coincidere con la standardizzazione di un metodo meccanico di registrazione. Il training psicoanalitico, e specialmente l'analisi didattica, incoraggia un tipo di appercezione e di selezione caratteristico di una determinata scuola, più che un atteggiamento equilibrato e critico.

Sotto l'influsso della psicologia cognitiva, negli ultimi tempi sono stati proposti modelli che mostrano quanto sia complessa la costituzione, nell'analista, di una configurazione di ricordi relativa a un determinato paziente; Peterfreund (1983) ha definito tali configurazioni «modelli operativi» (vedi Moser, Zeppelin e Schneider, 1981; Teller e Dahl, 1986; Pfeifer e Leuzinger-Bohleber, 1986; Meyer, 1988). Le prospettive descritte in questo libro indicano che occorre fare i conti con una grande variabilità nei processi – che dipendono dalla personalità – di rappresentazione, memorizzazione e rievocazione (Jacob, 1981).

Non soltanto l'esperienza clinica dimostra che il metodo di ascolto proposto da Freud può facilitare la percezione dei processi inconsci; esistono anche ricerche sperimentali che sottolineano la validità euristica dell'ascolto «fluttuante» (Spence e Lugo, 1972). Non si tratta di ripristinare un protocollo esclusivamente soggettivo, ma di riconoscerne la limitata applicabilità a fini di ricerca. Un clinico che lavora su un determinato problema dovrà trovare ulteriori opportunità di osservazione per poter fare affermazioni di tipo sistematico. È proprio questo lo scopo dell'introduzione delle registrazioni nel trattamento. Questo ausilio tecnologico influenza – come molti altri fattori – sia il paziente che l'analista; ciò vale anche per la presentazione di casi da parte di candidati in training, e per le conseguenze che la biografia dell'analista ha sul paziente. Un orientamento sociologico nello studio del dialogo bipersonale induce a una riflessione critica sull'influenza esercitata dallo psicoanalista. Noi riteniamo che l'introduzione della ricerca nella situazione psicoanalitica sia di immediato vantaggio per il paziente, poiché consente all'analista di trarre stimoli dalle questioni scientifiche con cui viene a trovarsi a contatto.

Torniamo così a quanto abbiamo già detto, per preparare il lettore alla lettura delle trascrizioni. Siamo tutti abituati alla presentazione di fatti alla luce di teorie. Al contrario, una trascrizione dà un'impressione di unidimensionalità: le interpretazioni dell'analista e le risposte del paziente non rispecchiano automaticamente le strutture latenti della percezione e del pensiero. Sebbene le interpretazioni tipiche tradiscano l'appartenenza dell'analista a una determinata scuola, non possiamo considerare alla stessa stregua quanto l'analista dice e la sua posizione teorica. Nei resoconti tradizionali i

fenomeni vengono riuniti in una struttura psicodinamica che soddisfa contemporaneamente diverse necessità. Davanti a un buon resoconto non ci si chiede se i contributi del paziente siano stati lasciati nella loro forma originaria oppure se siano stati introdotti nell'insieme dopo un lavoro di interpretazione. Pretendere che il processo cognitivo e la coerenza di una struttura siano controllati, e che la struttura sia scomposta nei suoi diversi elementi, ci riporta allo studio dell'analista, a una situazione che evidentemente non può essere fatta rivivere al meglio in una trascrizione. C'è tuttavia un modo per ottenere una ragionevole approssimazione a ciò che l'analista fa per rispondere alle esigenze quotidiane, cioè per studiare la pratica clinica della psicoanalisi. Sotto questo profilo la registrazione fornisce un «osservatore indipendente» (Meissner, 1984, p. 207), che è un prerequisito per esaminare la tesi di Sandler che la psicoanalisi è ciò che gli psicoanalisti fanno.

Prima di concludere questo capitolo dobbiamo ancora ricordare alcuni semplici punti. È piuttosto faticoso leggere la trascrizione di una seduta priva di qualche ritocco redazionale. La conseguente perdita in precisione linguistica viene secondo noi controbilanciata dai vantaggi didattici. I testi devono avere una particolare forma linguistica per invitare il clinico che legge a partecipare ai processi che vengono esposti.

I complessi processi di relazione possono essere comunicati per iscritto solo in modo approssimativo. L'argomentazione seguita finora indica quale forma di protocollo noi preferiamo, quello che deriva dalla registrazione. Ma considereremo anche appunti e protocolli redatti dagli analisti. Coerentemente con la nostra idea centrale rinunceremo, in linea di massima, a lunghe introduzioni biografiche ai segmenti di trattamento che presentiamo. Ci proponiamo di mostrare che è possibile riflettere sui principi fondamentali dell'attività terapeutica senza minuziosi preamboli sulla biografia del paziente. Sia le considerazioni teoriche sia l'esperienza terapeutica mostrano che, almeno sul piano dei sintomi, le strutture di significato che hanno una funzione causale rimangono invariate nel tempo. Vengono mantenuti dei cliché che sono alla base della coazione a ripetere. Non è sempre necessario ricorrere a dettagliate descrizioni degli eventi biografici precedenti per comprendere i processi che avvengono nel «qui e ora».