

Attraverso che cosa agisce la Psicoterapia*

Johannes Cremerius**

Nel 1962 ho pubblicato presso la casa editrice Springer un libro dal titolo *Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie*, e cioè "La valutazione del successo terapeutico in psicoterapia". Quando ho ricevuto l'invito a tenere questa conferenza, ho colto il tema propositomi come una sfida a riprendere in mano nuovamente, dopo 25 anni di ulteriore attività clinica, questo argomento. Ho quindi dovuto constatare che nonostante le numerose pubblicazioni comparse da allora l'interrogativo "attraverso che cosa agisce la psicoterapia" ancora non ha trovato un'ultima, definitiva risposta. Io stesso non sono in grado di darla oggi. Quello che invece posso fare è presentare a voi i molti e complessi strati del problema.

L'ideale della medicina naturalistica è l'esame obiettivo dell'efficacia di un'azione terapeutica, del suo effetto. Prendiamo ad esempio il caso dell'insufficienza cardiaca. Dopo aver posto la diagnosi si somministra un preparato digitalico. Il successo può essere clinicamente dimostrato attraverso la scomparsa dei sintomi, della nicturia e degli edemi, e attraverso la modificazione del tracciato ECG. Il rapporto causa/effetto è in questo modo obiettivamente dimostrato. Questo effetto subentra inoltre più o meno allo stesso modo in tutti i pazienti, date diagnosi e indicazione terapeutica corrette. Si parte cioè dall'assunto che tale effetto è ampiamente indipendente dal medico e dal rapporto personale tra medico e paziente. Oggi noi sappiamo che questo è un ideale che non può essere raggiunto. Il fattore soggettivo entra più o meno in ogni terapia, anche in una terapia così obiettiva. Tutto ciò l'hanno dimostrato soprattutto i grossi clinici di Heidelberg von Krehl, Siebeck, e Von Weiszaecker.

Il fatto che il fattore soggettivo diventa in psicoterapia il fattore decisivo è conseguenza del metodo, è ad esso immanente, dal momento che non c'è nessun altro strumento terapeutico se non la parola del medico e la sua presenza. Se ora noi prendiamo in mano il quesito relativo a che cosa nella psicoterapia curi, ci si pone di conseguenza subito il problema se sia la persona del medico oppure il medicamento.

A prima vista molto depone nel senso della persona del medico. Io penso ad esempio al lavoro di supervisione con colleghi che avevano trattato i loro pazienti secondo Jung oppure secondo la Klein. Secondo i concetti che io ho della tecnica, tutto mi appariva incomprensibile, tutto quel che il collega faceva mi appariva cozzare contro tutte le regole della tecnica. Continuando però ad ascoltare pazientemente potevo constatare che, e come, tra i due pur si sviluppava un

* Relazione tenuta il 16/6/1986 presso la Clinica Psicosomatica dell'Università di Heidelberg.
(La traduzione dal tedesco è di Marco Conci)

**Presidente Onorario della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica

processo terapeutico, che dava luogo a cambiamenti. Questo depone nel senso che molte strade portano a Roma, e cioè che non c'è soltanto un unico metodo giusto. Dal momento che tutti, affetti dalla medesima malattia, fanno ricorso al medesimo medicamento, e cioè la parola, è forse piuttosto la persona del medico ad agire in funzione terapeutica. In questo senso depone anche il fatto che all'interno della stessa scuola ci sono in effetti guaritori con diverse quote di successo terapeutico. Il fatto che un tale effetto possa realizzarsi è reso possibile soltanto dal fatto che al grosso guaritore va incontro il grosso fedele, il paziente pronto a guarire. Ci viene dunque da pensare alle guarigioni miracolose di Lourdes, e alle parole di Gesù: "Prendi il tuo letto e cammina, la tua fede ti ha aiutato".

È ora facile comprendere come Freud, che proveniva dalla ricerca nelle scienze naturali esatte, e che della psicoanalisi voleva fare una scienza medica socialmente riconosciuta, volesse dimostrare l'efficacia del medicamento. Questo fu dunque il motivo dei suoi scritti tecnici composti tra il 1910 e il 1915. In essi egli voleva mostrare come una certa teoria dell'uomo, una certa antropologia, qualora applicata alla terapia, era in grado di avere azione terapeutica. Egli realizzò questo suo proposito sviluppando dalla sua antropologia una teoria della tecnica. Semplificando possiamo porre la cosa nei termini seguenti: se la causa della malattia giace in conflitti pulsionali, che insorgono nel processo di socializzazione in atto nei primi 5 anni di vita, e che vengono resi inconsci attraverso processi difensivi, compito della terapia è allora quello di superare la difesa, portando quindi i conflitti stessi a livello di coscienza. Se questa operazione riesce, nel sistema psichico entrano allora in gioco processi di ristrutturazione, i quali da una parte risolvono la malattia, la sindrome morbosa, e dall'altra modificano in positivo la personalità del malato. Laddove, sosteneva Freud, al posto dell'Es subentra l'Io, e cioè laddove l'uomo diventa padrone in casa propria, la salute è fondamentalmente ristabilita. La salute viene dunque definita come libertà della persona di far fronte ai problemi interni e a quelli esterni in modo tale che essi possano venir compresi e trattati in maniera congrua sul piano di realtà e rispetto alla singola situazione. La salute così intesa, pensava Freud, non è più una condizione di assenza di sofferenza. Al contrario, essa fa semplicemente del paziente un uomo che, invece di soffrire a causa dei suoi conflitti inconsci, soffre ed è in grado di soffrire in relazione al suo stesso essere uomo.

Freud cercò dunque di sganciare questo metodo dall'ambito della soggettività, e di renderlo obiettivo. Egli voleva assicurarlo contro l'accusa del mondo medico che esso fosse un metodo arbitrario ed esposto ad ogni capriccio. Egli cercò di fare questo attraverso le seguenti misure.

Innanzitutto attraverso la misura del setting. Esso doveva simbolizzare la natura professionale della relazione. La relazione personale doveva dunque, attraverso l'orario fisso, la disposizione divano/poltrona e l'onorario essere collocata nell'ambito di un ordine sicuro. All'interno di questo ambito il medico doveva poi rimanere anonimo e neutrale. L'ideale era l'analista in funzione di specchio. E cioè, l'ana-

lista doveva limitarsi a restituire come uno specchio quel che il paziente diceva, in modo tale da mettere il paziente in grado di arrivare ad una comprensione del suo conflitto inconscio. Per produrre obiettività, l'analista si limitava dunque all'interpretazione. Nel fare questo egli era guidato dal concetto che la traduzione di quel che il paziente diceva in termini di teorema della teoria psicoanalitica potesse eliminare la causa ipostatizzata della malattia. Tutto ciò portò al concetto dell'esistenza di interpretazioni vere ed interpretazioni false, laddove vere sarebbero le interpretazioni in linea col contesto della teoria psicoanalitica. In altri termini Freud non voleva parlare come persona, ma come mediatore di una teoria, teoria di per sé presupposta come obiettiva. Egli non voleva cioè proporre una qualsiasi filosofia privata costruita a suo uso e consumo, oppure il suo concetto dell'uomo. Questo significa anche che egli non voleva reagire né in maniera diretta né in maniera emozionale. La parola doveva dunque trasmettere la conoscenza propria della scienza. Per garantire questo, egli introdusse il concetto di astinenza. Con tale termine egli intendeva il fatto che il medico dovesse costantemente provare a sé stesso che tutto quello che egli diceva e faceva non aveva niente a che fare con i suoi concetti, i suoi bisogni, i suoi desideri, i suoi pregiudizi etc.. Tutto quello che egli diceva e faceva doveva partire dal presupposto di tornare utile al paziente, e di servire al processo analitico. Freud credeva che l'autodisciplina consentisse all'analista un tale controllo emotivo da lasciare le sue interpretazioni fuori dell'influenza delle sue caratteristiche personali (cfr. *Il problema dell'analisi condotta da non medici*). A questo punto doveva servire anche l'analisi didattica e in caso di bisogno una nuova analisi ogni cinque anni. Vediamo dunque come la sua fiducia nell'"autodisciplina" non fosse troppo grande. L'introduzione dell'astinenza si rese necessaria poichè egli aveva fatto l'esperienza sia con se stesso che coi propri allievi di quanto facilmente poteva succedere che l'analista rimanesse ingolfato nella sua relazione col paziente. È a questa forma di relazione che egli dette il nome di "controtraslazione". Era stato l'affare di Jung con la sua giovane paziente russa, Sabina Spielrein, a renderlo attento a questo pericolo.

Il dato di fatto della controtraslazione fu però anche quello che per la prima volta portò Freud al limite del suo concetto di una tecnica obiettiva. Egli riconobbe che la pura e semplice funzione di specchio non era possibile, se non addirittura indesiderabile. E questo dal momento che la controtraslazione è una "fortuna nella sfortuna", e che soltanto quando la si è davvero conosciuta "si conosce la cosa che si ha in mano" (cfr. le *Lettere tra Freud e Jung*). A questa intuizione egli però ben presto rinunciò, dal momento che essa stava in contraddizione con il suo modello concettuale di una tecnica obiettiva ed obiettivante. È così che egli richiese all'analista "indifferenza" e una "pelle dura" (*ibidem*). Ora, il dilemma che sorse a questo punto Freud stesso non lo ha potuto risolvere. Mi riferisco cioè al dilemma che si delinea per l'analista che deve contemporaneamente aprirsi alla percezione e avere una "pelle dura". Come strumento ulteriore di oggettivazione

della tecnica egli introdusse dunque il concetto di traslazione. Esso doveva, insieme ai procedimenti già nominati, produrre un campo relazionale, in cui il paziente veniva ridotto ad un essere che in tutto quello che fa e dice non è la persona dell'analista che ha in mente, ma bensì immagini e processi interni. Tutto quello che succede viene dunque compreso in termini di ripetizione di esperienze e fantasie precedenti, e tutto quello che l'analista intende ha il carattere del "come se". Se l'analista si mantiene in questo campo, il lavoro interpretativo viene sottratto alla soggettività, nella misura in cui egli non deve sentirsi preso in considerazione come persona. Obiettiva risulta inoltre la cosa nella misura in cui, così credeva Freud, tutti gli analisti dovevano realizzarla allo stesso modo. Quando tutti si comportano allo stesso modo, quando quindi tra molti ricercatori si realizza un consenso, questo depone per la correttezza sia del metodo che dei risultati.

Come io stesso ho potuto dimostrare sulla base dei resoconti dei suoi pazienti e allievi, Freud non ha realizzato nel suo personale lavoro coi pazienti questo ideale di obiettività. Egli fece molte cose che Freud aveva proibito: fece regali ai suoi pazienti, scrisse loro dalle vacanze, parlò di sé e della propria vita privata, e perfino di colleghi e allievi – e non sempre in maniera amichevole (Cremerius, 1981).

Se dunque Freud nei suoi scritti tecnici aveva insegnato una tecnica centrata sul metodo, il cui scopo era quello di dimostrare l'importanza del medicamento nel processo di guarigione, di fatto però la sua pratica era centrata sul paziente, e cioè la persona del medico vi aveva un maggiore riconoscimento. Questo dilemma lo risolse lo sviluppo ulteriore della tecnica che ebbe luogo dopo il 1945 negli Stati Uniti. Fu cioè messo in moto un ulteriore tentativo di rendere il trattamento psicoanalitico del tutto obiettivo, di dare ad esso una forma centrata sul metodo. La speranza era quella di poter in questo modo produrre la prova che in verità è il medicamento ad agire, mentre la persona del medico è priva di importanza. Esempari da questo punto di vista sono le formulazioni di Eissler e di Rangell.

Eissler afferma che il lavoro analitico ha per oggetto il paziente della fase fallica. Con questa affermazione la qualità della sua vita pulsionale, del suo Io e del suo Super-io è stabilita in maniera definitiva. Per l'Io, per esempio, questo significa che esso ha tutte le possibilità di dare vita ad un'organizzazione in grado di mantenere una relazione adeguata con la realtà. In altre parole, esso è il paziente in quel triangolo in cui egli viene a trovarsi con padre e madre. Questa madre non è però la madre "precoce", ma è soprattutto ed esclusivamente la donna del padre. Con questi pazienti è sufficiente stabilire il setting, rendere nota la regola fondamentale e interpretare. Ciò che agisce in maniera terapeutica è del tutto separato dalla persona del medico. Quest'ultimo deve esclusivamente limitarsi a fornire insight. Rangell ha descritto questo "modello di base della terapia psicoanalitica" (Eissler, 1959/60), nonché il suo metodo neutrale, distaccato e depersonalizzato come segue: "... ricorriamo alla rappresentazione per cui attorno all'apparato psichico si espande un campo di energia magnetico. L'analista prende

dunque posto alla periferia di questo campo, non così lontano da risultar inutile e da non apparire nemmeno presente, ma nemmeno così vicino da entrare in contatto con il paziente attraverso il proprio campo magnetico. Egli è dunque immune nei confronti di repulsione e attrazione. Egli siede ai margini come un giudice di linea in una partita di tennis, in modo tale da poter dire al paziente "quello che stai facendo è questo, qui c'è un impulso, qui c'è una difesa, qui c'è una resistenza ..." (1954). Questo "modello di base della terapia psicoanalitica", teso al perseguimento di un ideale puritano di obiettività scientifica, in base al quale l'interpretazione rappresenta "l'alpha e l'omega" della terapia – come si esprime Eissler –, sottovaluta il dato di fatto che il procedimento stesso non può rimanere senza influsso sul paziente: da tre a cinque volte alla settimana un uomo sta in determinate ore della giornata a sua disposizione. Quest'uomo è gentile, ben intenzionato, e gli trasmette un ascolto senza pregiudizi. Per le persone che la loro nevrosi ha del tutto chiuso in sé stesse, così come per quelle con una problematica di tipo anale soltanto da questo già può derivare un grosso aiuto.

Da allora le finalità terapeutiche della psicoterapia sono diventate più consone con la realtà. Una volta riconosciuto il fatto che il procedimento analitico non è adatto esclusivamente ai pazienti con disturbi della fase edipica, furono sviluppate tecniche differenziate. Come voi sapete, fu Ferenczi a porsi all'inizio di questo sviluppo. Egli fondò la sua nuova tecnica col dire che il paziente profondamente regredito, il paziente con disturbi precoci, non può trarre giovamento da una tecnica interpretativa. Una tale tecnica non può avere funzione curativa dal momento che le parole dell'analista, provenienti dalla neutrale obiettività dall'anonimato, non raggiungono un tale tipo di paziente. La sua capacità di insight è limitata. Ciò di cui egli ha bisogno è una relazione positiva sul piano emotivo. Con ciò egli comunque non intendeva un qualcosa che qualsiasi buon medico può dare al paziente, ma bensì una tecnica attiva in cui l'analista deve produrre un clima preciso, il clima della "gentilezza materna". Era dunque opinione di Ferenczi che nel caso di questi pazienti la tecnica interpretativa classica conducesse a danni irreparabili. Essa ripeteva proprio quello che nella famiglia del paziente era stato il momento traumatico (1932). Ferenczi vedeva dunque l'efficacia terapeutica in due processi, l'uno di seguito all'altro: in un primo momento l'analista doveva creare una buona, tenera relazione madre/bambino. Questa era dunque la base sulla quale, attraverso esperienze emozionali correttive, i difetti precoci potevano poi essere riparati. Soltanto più tardi, e questo è il secondo passo, con l'aiuto della tecnica classica poteva essere iniziata una terapia di insight.

La problematica di un tale modo di procedere è evidente: come possono analista e paziente trovare la via del ritorno dal rapporto reale madre/bambino alla relazione "come se", improntata ad un rapporto molto più paterno? È su questa problematica che Ferenczi è naufragato. Però questo suo naufragio ha pur aperto una nuova dimensione alla terapia, ha rimesso in moto la irrigidita tecnica classica.

A questo punto si svilupparono due differenti concetti di ciò che fa funzionare la terapia. Essi sono legati ai nomi di Nacht, Spitz, Winnicott, Bion, e Mahler da una parte, e al nome di Alexander dall'altra. Gli uni fanno proprio il ruolo della madre, così come essi si immaginano che una buona madre debba essere. Secondo Spitz (1962), la risposta dell'analista ai bisogni anaclitici del paziente deve essere come quella della madre, che al bambino offre una funzione diatropica e una di lo ausiliario; Nacht richiede all'analista di mostrare una "presenza piena di amore" (1962); con Winnicott, il quale al processo analitico guarda come a un equivalente del processo di maturazione del lattante e del bambino piccolo, l'analista deve forgiare la traslazione in modo tale da poter egli stesso, come una madre, contribuire al suo successo. Questo ha luogo soprattutto attraverso una paziente attesa – spesso della durata di anni. Nel frattempo egli svolge funzioni che vanno sotto il nome di "holding", "handling", e "object presenting" (1974); la Mahler entra a far parte di questo gruppo di autori col concetto di "matrice extra-uterina" (1952), mentre Bion conia il concetto di "container", e cioè uno spazio materno, che è compito dell'analista creare (1962 e 1963). L'altro, Franz Alexander, nel 1948 formula le cose nel modo seguente: "Il principio delle esperienze emozionali correttive ha a che fare con una regolazione consciamente programmata a livello delle reazioni emotive del terapeuta nei confronti del materiale del paziente, e cioè con una regolazione del suo controtransfert di tipo tale da porre in questo modo rimedio agli effetti dannosi degli atteggiamenti genitoriali".

La differenza tra questi due procedimenti terapeutici è che, mentre gli uni credono di poter riparare, attraverso l'offerta di una "buona maternalità", i danni della prima infanzia, gli altri invece credono di poter raggiungere questo scopo comportandosi attivamente in senso correttivo. Mentre gli uni assumono in ogni caso il ruolo della madre, e così lavorano con il paziente profondamente regredito, Alexander sviluppa invece per ogni paziente un'offerta correttiva specifica – e questo a livello epidico. Secondo lui l'esperienza correttiva consiste nel fatto che l'analista si comporti in maniera opposta ai modelli patologici dei genitori. Modelli che egli deve naturalmente innanzitutto scoprire attraverso il lavoro analitico.

Il procedimento terapeutico ottimale anche entrambe queste direzioni di ricerca non l'hanno trovato. La problematica della prima di esse ha a che fare col fatto che i pazienti in terapia si sentono bene solo per tutto il tempo che l'analista dà loro quello che essi desiderano. Però una volta che egli inizia a porre loro delle richieste, una volta che egli tenta di porre fine alla relazione madre/bambino, va incontro a delusione e odio da parte del paziente. L'illusione svegliata nel paziente di possedere una buona madre è ben difficile da mettere da parte. Forse ciò può riuscire quando la durata della terapia venga dilatata all'infinito. Così leggiamo di analisi che durano fino a 10 anni: a 4-5 ore alla settimana questo significa un dispendio di circa 2.000 ore. Il procedimento di Alexander, che sul piano del tempo impiegato si colloca tra le terapie brevi, ha effetto solo coi pazienti in grado di trarre profitto da questo tipo di esperienza. Nell'ambito delle nevrosi gravi, la

patologia oggi più comune in pratica privata, una tale capacità non è in genere presente.

Quel che ambedue queste direzioni di ricerca stanno a dimostrare è il dato di fatto che la modificazione dei paradigmi, rispetto a quelli di Freud – laddove una tale modificazione era subentrata sia in Ferenczi e nei suoi seguaci, che in Alexander – ha cambiato il concetto dell'azione terapeutica e ha aperto nuove strade alla terapia.

Ciò che è invece comune a tutte le direzioni di ricerca, da Freud fino ad oggi, è la credenza che quello che in teoria funziona sia sul piano terapeutico associato ad una tecnica determinata, una tecnica che si assume essere quella giusta, se non addirittura l'unica giusta. Al punto che quando essa fallisce si pensa che o l'indicazione era scorretta, oppure che il paziente non era analizzabile. Contro una tale credenza si schierò la scuola della *Daseinsanalyse*. Bally e Boss misero in evidenza come qualsiasi tecnica disturbi la relazione tra medico e paziente, come essa venga ad interporsi nel bel mezzo dell'incontro esistenziale, che di per sé rappresenta il fattore decisivo. Riflessioni analoghe – laddove in questione è tutto un altro sistema di fondazione teorica – giacciono al fondamento della teoria delle relazioni oggettuali. Qui ciò che funziona giace nella presa di coscienza della relazione tra medico e paziente. Invece che chiedere cosa il materiale del paziente contenga a proposito del suo passato, il rappresentante della teoria delle relazioni oggettuali chiede cosa succede qui e ora tra di noi.

Per tutto il tempo che fu diffusa la credenza che fosse la tecnica, e cioè un tecnica ben precisa, ad aver azione terapeutica, i terapeuti presentavano i loro casi come prova della correttezza di una tale tesi. In questo modo si mantenne il concetto che la psicoterapia fosse un procedimento obiettivo – obiettivabile, in grado di dar luogo, facendo ricorso ad una determinata teoria, ad una tecnica definita, utilizzata come norma da tutti gli analisti allo stesso modo. Ricerche relative a ciò che veramente succede nello studio dello psicoterapeuta hanno dimostrato che ciò che succede è molto meno sistematico e centrato sul metodo, e che il terapeuta spesso lascia dietro di sé le regole tecniche, e introduce per la comprensione del paziente delle proprie teorie private. Con ciò non intendo parametri e variazioni teoricamente fondati, ma proprio il contrario: teorie preconscie, sorte sul momento, con relativa trasformazione in una misura terapeutica. Come esempio di un tale tipo di intervento, diretto, preconsciouso, e non metodologicamente fondato, posso richiamare alla vostra memoria il comportamento di Freud in una seduta con Hilda Doolittle: egli si alza, e offre alla paziente disperata un ramo di fiori. Oggi noi comprendiamo la grande appropriatezza di questa manipolazione e la sua importanza come stimolo al processo analitico. Freud stesso questa azione l'ha comunque lasciata ferma dov'era, senza più riprenderla in mano sul piano teorico.

L'interrogativo "attraverso cosa agisce la psicoterapia" conduce necessariamente al quesito circa il rapporto causa/effetto, e cioè al quesito se e quali modifi-

cazioni subentrino nel corso della terapia. E qui riaffiora tutta una serie di problemi. Nel corso di una terapia subentrano ad esempio modificazioni, a proposito delle quali noi non siamo in grado di definire la causa. Io penso a terapie in cui un sintomo scompare, senza che su di esso si sia lavorato in maniera specifica, oppure senza che ad esso sia stato nemmeno accennato. Una evenienza di questo tipo io l'ho sperimentata spesso, ad esempio nel caso di pazienti che all'inizio della terapia riferivano di soffrire da anni di raffreddore da fieno, allergie o disturbi funzionali organici. Questo non era però il motivo per cui avevano cercato una terapia. Tali pazienti un giorno riferivano che questi disturbi erano scomparsi.

Dobbiamo ammettere di non essere in grado di spiegare il "miracolo". Naturalmente, anche il contrario è dato di osservare: può succedere cioè di condurre una terapia di cui non siamo contenti, rispetto alla quale abbiamo l'impressione di non aver trovato il conflitto inconscio, di non averlo elaborato, e dove alla fine, contrariamente a tutto ciò, il paziente lascia contento la terapia, e ci ringrazia per il fatto di sentirsi bene.

La constatazione di una modificazione ha per conseguenza un tentativo di classificazione della stessa: siamo davanti ad una modificazione desiderabile oppure no, dobbiamo definirla come positiva oppure come negativa? Per poter decidere questo, abbiamo bisogno di una scala di valori. Dal momento che a noi mancano criteri obiettivi tipo ECG, quadro ematico ed immagine radiografica, qui entra in gioco la nostra filosofia privata, il nostro personale quadro dell'uomo. Come tutti sanno, non è facile liberarsi dai valori della famiglia e dello strato sociale in cui siamo cresciuti, poichè molti di essi sono egosintonici ed inconsci. I terapeuti che, come Freud, definiscono la salute sulla base di un concetto teorico, nel caso di Freud la teoria della libido, offrono un concetto di cura di tipo normativo che non rende giustizia alla realtà dell'uomo, alla sua complessività, e alle sue infinite possibilità di essere uomo. Per quanto illuminante possa suonare il parlare da parte di Freud del raggiungimento dello stadio genitale dell'organizzazione libidica, ciò può essere anche problematico. Noi tutti conosciamo casi in cui miglioramento e guarigione si rendono possibili anche a livello di stadi più precoci dell'organizzazione libidica. Io penso al carattere anale che in analisi arriva – Freud direbbe arriva soltanto – a trascorrere la sua vita, con i suoi affari economici, senza ansia e sentimenti di colpa, che arriva a fare dei soldi un contenuto della sua vita, lasciando perdere rapporti sentimentali, come la felicità erotica. E come la mettiamo con la tanto decantata capacità di lavorare e di amare? Non sono forse queste le norme di una società che noi accusiamo di essere corresponsabile dell'insorgenza delle nevrosi, di una società nei confronti della quale noi ci poniamo in maniera critica, e rispetto alla quale il nostro paziente deve emanciparsi? Sono forse la capacità di lavorare e di amare identificabili con la felicità umana? Non riconosciamo noi spesso la società direttamente come agente patogeno, come luogo in cui questi concetti vengono pervertiti? E non siamo qui su una strada pericolosa? Da qui non cadiamo facilmente in un ambito in cui ci ritro-

viamo a servire lo stato, la società, e a non essere più avvocati del malato? E ancora: sono forse questi concetti inequivocabili, oppure non abbisognano forse di una interpretazione? Non entra qui di nuovo in causa la nostra filosofia privata? E non è forse la cosa più difficile trovare una definizione di ciò di cui quotidianamente ci occupiamo, e cioè il concetto di salute? Ora, se noi riduciamo la salute all'assenza di un certo sintomo, e la terapia al laboratorio di riparazione di macchine difettose, allora sappiamo cosa è la salute, ma noi, noi che vediamo l'uomo nella sua interezza, come definiamo la salute? Come distinguiamo la sofferenza umana dalla malattia, noi che all'uomo guardiamo come all'essere al quale la vita non è data, ma bensì assegnata, un essere per definizione pieno di conflitti, sì, un essere del quale addirittura diciamo che è soltanto attraverso la sua conflittualità che egli è uomo? Non è forse questo il terreno per l'uomo creativo e l'uomo tragico? E non sappiamo forse che la sofferenza corporea può essere di aiuto? Non è forse questo il prezzo che in fasi difficili della nostra vita proprio per questa nostra conflittualità dobbiamo pagare? Non è forse talvolta il corpo che amichevolmente entra in gioco e ci aiuta? Non è forse la salute una di quelle terribili complicazioni, una delle riduzioni dell'uomo ad una norma? Chi definisce la salute come assenza di malattia non fa che tenere in piedi un'illusione. La verità è un'altra: le visite in serie di persone non in trattamento medico, e che quindi non si dichiarano come pazienti, hanno mostrato che ognuno di loro ha un qualche disturbo fisico obiettivabile, di cui (ancora) non sa niente.

Se noi definiamo la salute non più in base alla norma, ma bensì in base a ciò che a questo proposito intende il singolo paziente, allora, entrando in contrapposizione ai concetti della società, la nostra terapia non viene più compresa. Forse è per questo che ci siamo affidati a tali norme. In questo senso va forse visto il tentativo di uscire dalla nostra posizione marginale facendo capo ad un pensiero medico positivista. Mi viene a questo proposito in mente uno dei miei primi traumi professionali: avevo preso in terapia il figlio dodicenne di una famiglia aristocratica a causa di una grave balbuzie. Poiché io non avevo un figlio si creò tra di noi una relazione molto affettuosa, e io volevo dare a lui ciò che io desideravo per lui, e cioè libertà e forza. La terapia andò avanti straordinariamente bene. Il sintomo migliorò velocemente. A questo punto il padre, un dinamico ufficiale dell'ultima guerra, mi telefonò dicendo di voler chiudere la terapia, di cui non poteva essere contento: il figlio era diventato impudente, ieri a tavola aveva addirittura detto "merda".

Prima di finire, vi propongo un'altra riflessione, a dimostrazione di quanto il nostro modo di pensare diverga da quello della medicina. In questione sono quei casi, che ognuno di noi conosce, nei quali ci proponiamo solo uno scopo terapeutico limitato, e questo poiché crediamo di sapere che per il paziente le cose vanno meglio se mantiene la sua sintomatologia. Questi sono i casi in cui crediamo che la malattia in atto protegga il paziente da cose più brutte.

Prima di rivolgermi al quesito relativo a come il singolo analista possa provare il

successo del suo lavoro, voglio attirare la vostra attenzione ancora su un punto, che si presta a chiarire particolarmente bene il carattere non comune della nostra disciplina, che cioè illustra la difficoltà a formulare punti di vista discriminanti a proposito dell'azione della persona del medico e di quelle del medicamento. Un processo terapeutico, in particolare se di durata pluriennale, può dal terapeuta essere condotto in porto con successo soltanto se egli è in grado di identificarsi con il paziente, se ha speciali antenne per lui, e se è in grado di esprimere nei suoi confronti una simpatia forte e stabile. Se questa precondizione non è soddisfatta, la sua competenza terapeutica non sarà sufficiente a portare il trattamento ad un buon fine. Questo limite dell'efficacia terapeutica del medico Freud l'aveva sperimentato su di sé già nei suoi primi trattamenti psicoterapeutici nel 1895. "Non potrei immaginarmi – scrive Freud – di essere in grado di entrare a fondo nel meccanismo psichico di un'isteria in una persona che mi apparisse di bassa lega e spiacevole, una persona che ad una conoscenza più approfondita non fosse in grado di risvegliare umana simpatia" (cfr. *Studi sull'isteria*).

L'analista non controlla l'effetto del suo lavoro a livello dell'esito della terapia, in quanto esso nel nostro campo non dipende esclusivamente dal suo lavoro (cfr. NOTA): una malattia intercorrente, eventi esterni come modificazioni della sua situazione professionale, sociale oppure interna possono influenzare negativamente o positivamente tale esito. Circa l'influsso di tali fattori sulla sintomatologia nevrotica manifesta ci ha informato la ricerca catamnestiche relativa ai percorsi spontanei: ne sono emersi miglioramenti sintomatici spontanei, oltre a peggioramenti e a modificazioni (Cremerius, 1962, 1968). Tutto ciò solleva quella che per la terapia è la domanda centrale del post-hoc ego propter-hoc. Le singole forme di nevrosi hanno anche una più o meno forte tendenza alla guarigione spontanea – questo vale in ogni caso per la sintomatologia manifesta (Cremerius, 1969, 1972 a, 1972 b).

Questi ed altri motivi costringono dunque il terapeuta a riporre la constatazione di quale sia l'agente effettivo del suo lavoro nell'ambito del processo lavorativo stesso. In questa sede egli è in grado in linea di principio di osservare direttamente il rapporto causa-effetto, e quindi di stabilirlo come tale. Prendiamo l'esempio dell'elaborazione di un meccanismo di difesa. Il successo il terapeuta lo può in questo caso riconoscere dalle modificazioni che via via subentrano. Elenco dunque alcune possibilità:

- il meccanismo di difesa scompare;
- esso viene sostituito da un'altro;
- la direzione del cambiamento verso piani più profondi oppure più superficiali dell'organizzazione dell'Io caratterizza la sua natura;
- il paziente riporta nuovo materiale;
- il rapporto di transfert si modifica;
- l'ansia del paziente si modifica qualitativamente oppure quantitativamente;
- subentrano ristrutturazioni nella relazione Es/Io/Super-io;

- un sintomo scompare, si rinforza, si ristrutturata, oppure un nuovo sintomo subentra.

Questo effetto può conseguire ad una singola interpretazione, ad una serie sistematica di interpretazioni, all'elaborazione di un sogno, all'elaborazione della traslazione, ecc.

Dal momento che anche azioni delle quali l'analista non è conscio, quindi processi controtransferali, hanno gli stessi effetti, lo psicoterapeuta non può lilitare al paziente il ricorso allo strumento analitico. Egli lo deve dunque utilizzare anche sempre nei confronti di sè stesso.

Io credo che questo procedimento di esame adottato nel corso della seduta stessa rimanga comunque sempre il metodo migliore per accertare il fatto che la psicoterapia funzioni, e per determinare attraverso cosa essa funziona. Il fatto che la persona del medico ed il medicamento agiscono insieme e non possono essere separati l'uno dall'altro emerge in questa situazione come la caratteristica di fondo di ogni terapia. Lo stesso vale anche per l'ambito della pedagogia. (NOTA: il successo di una terapia non rappresenta una prova della correttezza, rispettivamente dell'efficacia, di un metodo. Se questo fosse il caso, non si potrebbe capire ciò che gli studi catamnestici hanno mostrato, e cioè che tutte le forme di psicoterapia, indipendentemente da quale metodo esse utilizzino, mostrano una quota di miglioramento e di guarigione approssimativamente uguale).

Bibliografia

- ALEXANDER, F. (1948):
Fundamentals of Psychoanalysis.
W.W. Norton, New York.
Trad. it.: *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi.*
Sansoni, Firenze 1969.
- BION, W.R. (1962):
Learning from Experience.
Heinemann, London.
Trad. it.: *Apprendere dall'esperienza.*
A. Armando, Roma 1972.
- BION, W.R. (1963):
Elements of Psychoanalysis.
Heinemann, London.
Trad. it.: *Gli elementi della psicoanalisi.*
A. Armando, Roma 1973.
- CREMERIUS, J. (1962):
Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie.
Berlin - Göttingen - Heidelberg (Springer)
- CREMERIUS, J. (1968):
Die Prognose funktioneller Syndrome.
Stuttgart (F. Enke).
- CREMERIUS, J. (1969):
Spätschicksale unbehandelter Neurosen.
Die Berliner Ärztekammer, 12, 389-392 und in: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. X*
Ergebnisse für die Medizin (2)
Zürich (Kindler), 828-837.
- CREMERIUS, J. (1972a):
Prognose und Spätschicksale unbehandelter funktioneller Syndrome
Klin. Wschr. 50, 61-75.
- CREMERIUS, J. (1972b):
Zum Vergleich psychotherapeutisch behandelter und unbehandelter Patientengruppen
Klin. Wschr. 50, 537-542.
- CREMERIUS, J. (1981):
Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel vom Schülern und Patienten.
Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft Nr. 6, 123-158. Bern - Stuttgart - Wien (H. Huber).
Trad. it.: *Freud al lavoro: uno sguardo al di sopra della sua spalla. La sua tecnica nel resoconto di allievi e pazienti.* In: *"Il mestiere dell'analista".*
Boringhieri, Torino 1985.
- EISSLER, K.R. (1959-60):
Variationen in der Psychoanalytischen Technik.
Psyche, 13, 609-624.

- FERENCZI, S. (19337): *Sprachverwirrungen zwischen des Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft* Schriften zur Psychoanalyse. Reihe *Conditio humana*, Hrsg. Th. von Uexküll u. J. Grubrich-Simitis. Frankfurt, S. Fischer, 1972, 303-313.
Trad. it.: *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In: "Fondamenti di psicoanalisi", vol. 3°, Guaraldi, Rimini, pp. 415-427.
- FREUD, S. (1895d): *Studien über Hysterie*. Ges. Werke Bd. 1, 75-312; Studienausgabe, Erg. Bd. S. 37ff. Mit Breuer, J. In: *Fischer Taschenbuchausgabe, Frankfurt (S. Fischer), 1970*.
Trad. it.: *Studi sull'isteria, 1892-1895*. (in coll. con J. Breuer). vol. I, *Opere di Boringhieri*.
- FREUD, S. - JUNG, C.G. (1974): *Briefwechsel*. Frankfurt (S. Fischer).
Trad. it.: *Lettere tra Freud e Jung*. Boringhieri, Torino 1974.
- MAHLER, M.S. (1952): *On child Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses*. *Psychoanal. Study Child*, 7, 286-305.
- NACHT, S. (1952): *The curative factors in psychoanalysis* *Intern. Journal. Psychoanal.*, 43, 206-211 u.
Trad. it.: *I fattori di guarigione nel trattamento psicoanalitico*. In: "La presenza dello psicoanalista". Astrolabio, Roma 1973.
- RANGELL, L. (1954): *Similarities and differences between Psychoanalysis and dynamic psychotherapy*. *Journal Am.Psa.Ass.*, 2, 734-747.
- SPITZ, R. (1962): *Autoerotism re-examined. The role of early sexual behavior patterns in personality formation*. *Psa. Study Child*, 17, 283-315.
- WINNICOTT, D. (1974): *Fear of breakdown*. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 1, 103-107.