

UNA RICERCA SULLA NATURA DEL PROCESSO PSICOTERAPEUTICO

Samuel Eisenstein, Norman A. Levy, Judd Marmor

(dal capitolo 6 del volume “The Dyadic Transaction” pubblicato da Transaction Publishers, New Brunswick, N.J., 1994) traduzione a cura di Sibylla Paolicchi, premessa a cura di Domenico A. Nesci.

Premessa

Lo studio del processo psicoterapeutico è sicuramente al centro degli interessi della nostra rivista per cui è con profonda emozione che abbiamo recuperato, tradotto, e finalmente pubblichiamo un frammento significativo di una delle ricerche più importanti che siano state compiute sull'argomento. Una ricerca che è stata effettuata dal 1956 al 1960 e che solo 34 anni dopo, nel 1994, veniva (parzialmente) alla luce. Il motivo apparente, drammatico, di queste vicende così insolite, è stata sicuramente la morte improvvisa dello psicoanalista che aveva concepito il progetto di studio sul processo psicoanalitico e che è il terapeuta delle sedute oggetto di questa ricerca: Franz Alexander. Ma altre inconse motivazioni possono sicuramente essere pensate, e lasciamo ai nostri Lettori il compito di esplorarle se, incuriositi dal frammento che pubblichiamo, avranno la cura di leggere tutto il libro nell'edizione originale inglese.

Queste motivazioni inconse, però, non sono qui di interesse primario. Quello che qui ci interessa è il fatto, incontrovertibile, che a tanti anni di distanza questi frammenti conservano una potenza ed un valore pari alla loro assoluta attualità. Come non lasciarsi coinvolgere dai punti di vista (conflittuali) del terapeuta e dei suoi osservatori?

Le dieci sedute di cui vengono riportate delle sintesi sono quelle che hanno portato Franz Alexander a formulare il concetto di “esperienza emozionale correttiva” individuandolo come un fattore importante della psicoterapia. Già questo rende prezioso il testo che pubblichiamo. Ma c'è di più. Il disaccordo tra il punto di vista del terapeuta e quello degli osservatori rende ancora più interessante il lavoro. Conflitti simili, infatti, caratterizzano purtroppo la maggior parte delle discussioni cliniche tra psicoterapeuti, spesso sterili, ancora oggi...

Questo è uno dei motivi per i quali siamo giunti a costruire, nella nostra Scuola, un setting completamente diverso per l'elaborazione e lo scambio di esperienze cliniche tra Colleghi: il workshop clinica e sogni, dove il paziente e la “transazione diadica” vengono triangolate in una presentazione clinica che prelude ad un social dreaming del gruppo dei Colleghi che si costituiscono così come un'équipe sognante (Poliseno, 2010). Un modo nuovo di concepire la supervisione, come “guided social dreaming” (Nesci, 2011) in parallelismo a quanto scrive Ogden sulla supervisione diadica come “guided dreaming” (2005).

Con questo in mente, rivisitiamo dunque il lavoro “datato” dei tre “giovani” (all'epoca) Colleghi (Eisenstein, Levy e Marmor) che hanno avuto il privilegio di osservare in diretta il loro “Maestro” al lavoro in una psicoterapia psicoanalitica, condotta faccia a faccia, al ritmo di due sedute alla settimana. Il materiale viene riportato con una griglia che lo organizza in un riassunto: degli eventi manifesti delle sedute, dell'interazione tra paziente e terapeuta, dell'esperienza del paziente (per come è percepita dal team degli osservatori). A questo segue una sezione in cui il terapeuta valuta, a sua volta, l'osservazione svolta dagli osservatori, e poi una conclusione. Buona lettura! E... forse... la notte successiva... buoni sogni... da condividere a Scuola!

Terapia: sedute 1-10.

Riassunto degli eventi manifesti

Seduta N. 1 (9 Gennaio 1958)

La comunicazione verbale della prima seduta verte principalmente sulle circostanze inerenti l'esordio dei sintomi del paziente: impotenza, cefalea muscolotensiva e ipertensione. Il terapeuta glielo domanda esplicitamente per il beneficio degli osservatori sebbene ne fosse già venuto a conoscenza in una anamnesi precedente. Il paziente si mostra collaborativo.

Seduta N. 2 (13 Gennaio 1958)

Il paziente inizia la seconda seduta parlando di quanto la terapia significhi per lui. Esprime una paura di "aprirsi" per la paura di essere respinto dal terapeuta, esterna un po' di preoccupazione rispetto all'identità degli osservatori, chiede e riceve rassicurazioni che è accettabile dal progetto e che la presa in carico (gestione) terapeutica è interamente nelle mani del terapeuta. Il resto dell'ora verte fondamentalmente sulla presentazione del materiale anamnestico come richiesto dal terapeuta. Quest'ultimo lo interrompe di tanto in tanto per confronti e interpretazioni sui rapporti interfamiliari.

Seduta n. 3 (16 Gennaio 1958)

Il paziente parla della sua persistente impotenza e del fastidio che prova nei confronti della moglie per non essere così intellettualmente sofisticata come lui avrebbe voluto; elabora poi i suoi sentimenti verso la madre e la suocera, che descrive come una donna assillante e dominatrice. Nel suo rapporto con il terapeuta il paziente sembra più rilassato, si sporge avvicinandosi al terapeuta e mostra chiari segni dello sviluppo di un transfert positivo e l'inizio di un'alleanza terapeutica. Il terapeuta diventa molto attivo e fa molte interpretazioni. Le sue interpretazioni sull'impotenza del paziente sono connesse con 1) il conflitto tra i suoi bisogni inconsci di dipendenza e il suo desiderio conscio di essere un uomo 2) il conflitto tra (questo suo desiderio cosciente) e il suo risentimento (inconscio) verso la moglie che vuole che lui sia un uomo e che soddisfi il suo bisogno di donna e di moglie di essere dipendente da lui 3) il conflitto tra il suo bisogno di una figura materna da cui dipendere e il suo desiderio di essere indipendente da questa stessa figura. Il paziente esterna un'accettazione verbale delle interpretazioni del terapeuta ma il silenzio teso fa pensare che in realtà ne sia emotivamente turbato.

Seduta N. 4 (20 Gennaio 1958)

Nella quarta seduta, il paziente mostra una tendenza a sottomettersi adattandosi alla grande attività del terapeuta nella seduta precedente. Ha paura di esprimere rabbia per il timore di perdere il suo sostegno e afferma che la seduta precedente aveva fatto luce sul suo problema centrandosi sul suo "egoismo". Allo stesso tempo, l'aggressività repressa sembrerebbe emergere dalla sua tecnica di fare ripetutamente le stesse domande e reagire poi con una sorta di "pseudo-stupidità psicogena". Il tema centrale manifesto di questa seduta è il rapporto del paziente con il fratello e la sua dolorosa scoperta che il fratello non ricambia il suo affetto. Le interpretazioni del terapeuta si focalizzano sul tema dei bisogni di dipendenza del paziente, sull'ostilità, sul conseguente senso di colpa e paura di essere rifiutato. I sentimenti del terapeuta si palesano nella sua frequente descrizione del paziente come "debole" ed è implicito che vorrebbe che il paziente diventi più duro, più forte e più virile.

Seduta N. 5 (23 Gennaio 1958)

Il contenuto manifesto di questa seduta consiste nella descrizione del paziente di una situazione di lavoro precedente dove non era riuscito ad ottenere una promozione anticipata. Il paziente attribuisce questo insuccesso alla sua tendenza ad identificarsi con un perdente in lotta contro le autorità amministrative. Il terapeuta interpreta la ribellione del paziente contro le autorità come motivata inconsciamente dal desiderio di essere maltrattato e di rimanere dipendente e afferma che sebbene è risentito di essere un perdente lui ha bisogno di rimanere tale e si sente a disagio in qualsiasi situazione in cui non lo sia. L'atteggiamento del terapeuta è pressante e piuttosto critico. Il paziente allora racconta un sogno in cui suo padre era morto ma a lui non importava veramente. Le implicazioni transferali di questo sogno vengono accennate ma non approfondite. La deduzione che il paziente sta reagendo con rabbia repressa nei confronti del terapeuta per l'atteggiamento svalutante di quest'ultimo è rinforzata dal fatto che verso la fine della seduta quando il terapeuta insinua che il paziente "non è un uomo", il paziente s'infervora per la prima volta ed esterna la sua rabbia. Davanti a ciò il terapeuta ritratta (ripiega) e dice che con il termine "uomo" intendeva dire "persona matura". Il paziente finisce la seduta dicendo "sono contento che abbiamo chiarito questa cosa".

Seduta N. 6 (27 Gennaio 1958)

Il paziente è sorridente e di buon umore all'inizio della seduta, dice di sentirsi molto meglio dopo la seduta precedente e sessualmente desideroso. Commenta che il terapeuta deve averlo cosparso con "qualcosa di magico" l'ultima volta. Poi si lancia in una discussione centrata sul rapporto con le varie donne della sua vita - sua madre, sua moglie, sua cognata e il suo supervisore sul posto di lavoro. Il terapeuta propone il rapporto del paziente con la madre come "il punto debole" il nocciolo del problema da cui tutto deriverebbe. Sulla base del materiale emerso, il terapeuta sottolinea che lui prova ostilità nei confronti delle donne ma il paziente si oppone all'interpretazione. Il terapeuta suggerisce allora che l'ostilità verso le donne gli suscita un senso di colpa che a sua volta poi rinforza la sua suscettibilità alle loro critiche.

A differenza della seduta precedente l'atteggiamento del terapeuta verso il paziente è relativamente obiettivo, non pressante e non svalutante e il paziente a sua volta collabora a pieno nelle esplorazioni intellettuali.

Seduta N. 7 (30 Gennaio 1958)

In questa seduta paziente e terapeuta continuano ad esplorare intellettualmente cosa impedisce al paziente di accettare l'idea della sua "cronica ostilità verso le donne". Il focus principale è sulle relazioni con sua moglie e sua madre. Il terapeuta continua a presentare delle interpretazioni psicodinamiche proponendo che il paziente reprime la sua ostilità perché ha paura di essere respinto; inoltre si aggrappa al ruolo di debole e ripudia il ruolo di "marito, padre, uomo e adulto" come espediente per eludere le responsabilità che questi ruoli comportano e per giustificare il suo desiderio (inconscio) di rimanere dipendente.

L'atteggiamento del terapeuta in questa seduta sembra freddo, impersonale e non empatico. Il fatto che non sia però completamente inconsapevole della sensibilità del paziente è evidente quando ridendo aggiunge le parole "e adulto" al suo commento che il paziente sta rifiutando il ruolo di "marito, padre e uomo". Il paziente riferisce che continua a sentirsi meglio, più vitale, più sicuro di sé, meno depresso. Il terapeuta termina sia questa che la precedente seduta cinque minuti in anticipo, cosa che non aveva fatto mai in precedenza.

Seduta N. 8 (3 Febbraio 1958)

Il paziente racconta di essere depresso e ansioso dall'ultima seduta. Le sue affermazioni vertono principalmente sui sentimenti di svalutazione da parte della madre, del fratello, e di vari colleghi di lavoro. (E' significativo il fatto che non dica di sentirsi svalutato dal terapeuta.) Le sue lamentele raggiungono un acme dopo circa 17 minuti, quando dice di sentirsi completamente inutile, indifeso e impotente, e comincia a piangere. Il terapeuta reagisce a tutto ciò con impazienza. Affronta con forza il paziente dicendogli che non vuole rinunciare ai suoi sintomi, che li esagera, che li usa per tentare di suscitare compassione, e lo paragona a una "moglie martire che si lamenta". Egli attribuisce il ritorno dei sintomi ad una "ostinata recrudescenza" "tirata fuori quasi per dispetto" e indica che il paziente potrebbe avere avuto (e per inferenza avrebbe dovuto avere) una reazione opposta "osando sentirsi un uomo". Suggerisce che il paziente dovrebbe dire alla moglie e al fratello "di andare all'inferno".

La risposta del paziente a tutto ciò è fondamentalmente di sottomissione. Sembra ferito, teso, triste e sopraffatto. Fa qualche timido tentativo di dissentire dal terapeuta, ma è soverchiato dalla netta pressione di quest'ultimo. Se ne va comunque commentando che "gli è stato dato molto su cui riflettere".

Seduta N. 9 (6 Febbraio 1958)

Il paziente appare allegro e sicuro di sé. La sua reazione depressiva della seduta precedente è passata. Riferisce che la volta precedente hanno toccato il fondo, che ora si sente meglio, è stato in grado di essere più assertivo con sua moglie, e che la sua libido sessuale e la sua potenza sono tornate. La discussione intellettuale conseguente verte sulla rabbia repressa come origine dei suoi sentimenti di depressione, impotenza e sottomissione che portano poi ad una maggiore rabbia e a generare un circolo vizioso. Il paziente accetta e conferma le interpretazioni del terapeuta. Quest'ultimo sembra più amichevole e meno pressante della volta precedente.

Seduta N.10 (6 Febbraio 1958)

Il contenuto manifesto di questa seduta è la reazione del paziente di umiliazione e rabbia quando la Signora B. , una collega, gli ha chiesto di cedere il suo posto a sedere a pranzo ad un'insegnante donna. Lui di conseguenza ha (scaricato) tirato fuori la sua rabbia (sulla) nei confronti della moglie ed ha di nuovo avuto problemi d'impotenza con lei quella sera. Il terapeuta interpreta il comportamento del paziente come una reazione eccessiva , sottolinea il suo spostamento di rabbia verso la moglie, il suo uso del sesso per dimostrare la sua mascolinità e l'insorgenza dell'impotenza come autopunizione, in parte almeno, per la rabbia che ha provato. Gli da un consiglio paterno su come essere aggressivo in modo più sottile in una situazione sociale e gli suggerisce anche di non tentare di avere rapporti sessuali a meno che non senta un forte desiderio fisiologico. Il terapeuta continua a criticare occasionalmente il paziente ma generalmente ammorbidisce le critiche con una risata amichevole. Dopo un iniziale disaccordo il paziente accetta le interpretazioni dicendo che sono giuste, i suoi sentimenti di rabbia e umiliazione spariscono, e se ne va sentendosi allegro e sollevato.

Interazione Terapeuta-Paziente

Il rapporto è di tipo professionale, sia il paziente che il terapeuta rimangono nei loro rispettivi ruoli. Sono seduti in sedie comode *vis à vis*. C'è molta interazione attiva e scambio verbale. Il terapeuta è per la maggior parte del tempo attivo e dimostra palesemente dal comportamento verbale e non verbale il suo costante e forte interesse nell'arrivare ad una comprensione intellettuale delle dinamiche dei sintomi e del comportamento del paziente. Questo è un sforzo conscio del terapeuta come è scritto nel suo *worksheet* (sia il terapeuta che gli osservatori avevano un blocco notes su cui appuntare a caldo, subito dopo la seduta, quello che era accaduto ed i propri vissuti). Il paziente ha anche un desiderio cosciente di comprensione sul piano cognitivo, e partecipa prontamente nel lavoro col terapeuta. Il paziente mostra sin dall'inizio un atteggiamento zelante, infantile e reverenziale nei confronti del terapeuta. La sua modalità è spesso lamentosa (piagnucolante) e supplichevole. Il terapeuta solitamente prende il controllo e sembra avere un forte desiderio di far acquisire al paziente l'*insight* che lui (terapeuta) considera importante.

Il paziente a sua volta, partecipa in modo collaborativo al lavoro, ed è in relazione al terapeuta in modo prevalentemente compiacente. Di solito il paziente inizia le sedute parlando del suo stato emotivo e di certi eventi rilevanti nella sua vita esterna e/o nelle sue relazioni; in seguito il terapeuta fa una serie di interventi guidati dalla sua ricerca per le "equazioni psicodinamiche" (*worksheet* del terapeuta) con cui spiega i sintomi, le reazioni, e il comportamento del paziente. Il paziente mostra chiaramente il suo interesse negli interventi verbali fatti dal terapeuta, di solito ascolta intento e pensoso, spesso mostra stupore davanti alla perspicacia del terapeuta e esprime soddisfazione o sollievo dagli "*insights*". Le richieste di lavoro fatte dal terapeuta sono per lo più correlate alla attività cognitiva (ciò che accade sul piano cognitivo) in linea con il suo interesse nelle "equazioni psicodinamiche". La terapia non è esplicitamente strutturata intorno "alla regola fondamentale" della libera associazione come tecnica primaria della comunicazione.

Il paziente tuttavia verbalizza in modo immediato ed è incoraggiato dal terapeuta di tanto in tanto ad esprimere liberamente i suoi pensieri e sentimenti. Nonostante ciò, il paziente reprime molte cose. Sin dall'inizio il paziente tende ad accettare le spiegazioni e le interpretazioni proposte dal terapeuta ma a volte interviene per correggere incomprensioni e disaccordi. In un certo numero di occasioni, quando il terapeuta ha cercato forzatamente e in modo autoritario di fare pressioni sul paziente per fargli accettare qualcosa con cui egli era in disaccordo, o quando il terapeuta persiste nell'esternare le sue idee e non gli dà l'opportunità di esprimersi, il paziente assertivamente "combatte per avere spazio". Ci sono molti momenti di queste lotte di diversa intensità in cui il paziente cerca, spesso inutilmente, di far prendere in considerazione al terapeuta il suo punto di vista. Di solito il paziente s'arrende, e accetta verbalmente quanto detto dal terapeuta. Sentimenti di delusione, frustrazione, rabbia, offesa e tristezza sono osservabili nel comportamento del paziente (tono di voce, mimica facciale) ma sono raramente verbalizzate, il paziente si ammutolisce. Ciò sembra una parziale inibizione della sua autoassertività. In poche occasioni il paziente riesce ad essere assertivo in modo efficace e il terapeuta modifica la sua interpretazione in modo da renderla più accettabile per il paziente, come nella seduta N. 5.

All'inizio della terapia, il terapeuta ha scritto nel suo *worksheet* che rispettava il paziente, poi ben presto ha sviluppato a livello conscio un atteggiamento svalutante nei suoi confronti in quanto ha riconosciuto in lui un tratto caratteriale passivo-ricettivo, di tipo sottomesso e masochistico (*worksheet* del terapeuta). Nel suo focus primario sulle formulazioni psicodinamiche dell'interazione, il terapeuta dà spesso l'impressione di non rendersi conto delle reazioni emotive immediate del paziente. Di conseguenza il terapeuta spesso appare antipatico e non empatico rispetto ai sentimenti del paziente. Tuttavia, spesso accompagna certi interventi con un sorriso gioviale e con una risata in modo da ammorbidire la possibile ferita narcisistica. L'atteggiamento svalutante del terapeuta, soprattutto verso la mascolinità del paziente, spesso si rivela. A volte la mancanza di empatia del terapeuta riguardo alla personalità del paziente (*worksheet* del terapeuta) viene fin troppo alla luce e il paziente esterna le sue reazioni più forti di protesta (ribellione) verso

la svalutazione della sua virilità. Il terapeuta diventa spesso pressante, autorevole, a volte moderatamente critico e/o rimproverante, soprattutto quando il suo desiderio di far capire e accettare al paziente le proprie formulazioni psicodinamiche viene frustrato. Per la maggior parte del tempo, il terapeuta mostra un atteggiamento di attivo interesse e sostegno, dando liberamente al paziente le sue formulazioni intellettuali. Il terapeuta è consapevole degli sforzi del paziente di essere ricettivo e che il paziente inconsciamente incorpora le verbalizzazioni del terapeuta come nutrimento simbolico (*worksheet* del terapeuta). Nonostante ciò il terapeuta è molto attivo e quindi spesso gratifica il bisogno inconscio del paziente di essere “nutrito”. Allo stesso tempo, è velatamente e a volte palesemente critico verso le tendenze ricettive del paziente. Il terapeuta afferma di non permettere deliberatamente al paziente di manipolarlo facendogli incarnare il ruolo “materno”. Sembra invece probabile che il terapeuta, mediante il suo lavoro, e senza rendersene conto, forzatamente, finisca per incoraggiare e gratificare proprio la tendenza del paziente ad essere dipendente e sottomesso.

La tecnica del terapeuta consiste per lo più nell’elaborazione di formulazioni psicodinamiche basate sulle sue deduzioni a partire dalle comunicazioni verbali e dal comportamento del paziente durante le sedute e sulla sua comprensione intuitiva delle forze psicodinamiche operanti (in gioco) negli eventi e nelle esperienze raccontate dal paziente. In minor parte, gli interventi del terapeuta sono basati su una diretta verbalizzazione del paziente di una esperienza psichica interiore (come ad esempio avere paura, sentirsi in colpa, provare vergogna, ecc.). Tipicamente il terapeuta poi presenta la sua interpretazione al paziente; se quest’ultimo è d’accordo, a livello intellettuale, il terapeuta allora di solito prosegue con altro lavoro intellettuale per ottenere più chiarificazioni e comprensione della costellazione psicodinamica. Le reazioni emotive del paziente durante le sedute non sono solitamente analizzate né dal terapeuta né dal paziente, sebbene siano spesso osservate dal team degli osservatori.

Il paziente di solito è ricettivo e riflessivo riguardo gli interventi e le interpretazioni fatte dal terapeuta e cerca di confermarle se può. Per lo più vertono sulle sue relazioni al di fuori della terapia. Di conseguenza, il terapeuta e il paziente cercano solitamente d’identificare e capire le reazioni di quest’ultimo durante le esperienze recenti o remote precedenti la seduta, portando ad una consapevolezza a livello cognitivo che una data emozione era presente ed era alla base di una specifica azione o atteggiamento.

Il terapeuta sembra desiderare per il paziente un ripristino della sua normale funzione sessuale e un’acquisizione di una consapevolezza dei conflitti che, secondo gli *insights*, l’empatia e i giudizi del terapeuta, sono fattori dinamici significativi in quanto sono la causa dei sintomi nevrotici e dei *pattern* comportamentali del paziente. Il terapeuta vuole inoltre che il paziente diventi una persona più matura con una minore tendenza alla sottomissione e una minore ostilità nel momento in cui questi bisogni di dipendenza vengono frustrati. Inoltre apparentemente desidera che il paziente sviluppi una maggiore assertività, fiducia in se stesso, e generosità nei suoi rapporti interpersonali. Il terapeuta però sembra richiedere una considerevole *compliance* e sottomissione nei suoi confronti e spesso reagisce negativamente quando il paziente non si conforma ai suoi desideri e positivamente quando lo fa. Il terapeuta sembra avere dei sentimenti ambivalenti. Cerca di aiutare il paziente in una varietà di modi, prevalentemente nel fargli acquisire l’*insight*. Gli dà anche una rassicurazione di tipo fondamentalmente paterno, consigli e una guida. Il suo atteggiamento è a volte neutrale, spesso affettuoso e amichevole e, a volte, svalutante.

Il paziente reagisce al terapeuta come se fosse il genitore onnisciente e idealizzato che lui ammira e rispetta tanto; con cui partecipa al lavoro piacevolmente e in modo zelante; con cui vuole collaborare; e da cui è felice di ricevere informazioni psicodinamiche, guida, consigli, e rassicurazione. Dal comportamento del paziente (per come osservato dal team) si deduce che il paziente prova un desiderio di maggiore vicinanza, simpatia, accettazione, approvazione, e amore e che il suo tentativo di ottenere queste gratificazioni si realizza prevalentemente tramite la *compliance*, la sottomissione, l’inibizione e la rimozione dell’aggressività. L’assertività del paziente quando viene occasionalmente espressa in modo palese nei confronti del terapeuta non viene

generalmente commentata dal terapeuta. Non c'è però disapprovazione da parte del terapeuta quando ciò accade e, in qualche rara occasione, il paziente riesce ad affermare i suoi tentativi di autoassertività nei confronti del terapeuta. Si deduce che una paura repressa di un rifiuto da parte del terapeuta è costantemente presente e che questa paura spinge il paziente a reprimere la maggior parte dei suoi sentimenti di offesa, frustrazione o rabbia nell'interazione con il terapeuta.

Esperienza terapeutica del paziente

Esperienza emotiva del paziente

Il paziente è ovviamente compiaciuto e gratificato di essere in terapia dal terapeuta che rispetta, ammira e riverisce, ma allo stesso tempo esperisce e esprime ansia per la paura di essere respinto da lui. In risposta a questo, il paziente riceve calde e ferme rassicurazioni dal terapeuta sulla sua accettabilità che apparentemente mitiga la paura incombente di essere respinto. Il paziente sembra volere essere accettato e stimato dal terapeuta e vuole essere un buon paziente e ha cercato di riuscirci presentando una anamnesi molto dettagliata durante la quale sembrava esperire una specie di catarsi affettiva in relazione agli eventi scatenanti la sua malattia. Il paziente già nelle prime due sedute si è sentito apparentemente accettato dal terapeuta.

Il paziente si rappresenta ripetutamente come qualcuno le cui possibilità di essere felice, gratificato e rispettato sono state frustrate. Si presenta come vittima di critiche ingiuste, svalutazione, e rifiuto dalle figure significative della sua vita e uno su cui sono state fatte (rivolte) eccessive richieste (aspettative). Nel presentarsi al terapeuta in questo ruolo e lamentandosi delle figure significative della sua vita, sembra far emergere nel terapeuta un atteggiamento di disprezzo per la sua apparente mascolinità inadeguata. Presumibilmente il paziente spera di evocare una risposta emotiva di simpatia nel terapeuta. Invece di appagare le aspettative del paziente, il terapeuta fa delle interpretazioni "forti", vigorose, in base alle quali il paziente risultava non voler essere un uomo ma un bambino dipendente. Il terapeuta diventa piuttosto aggressivo e provocatorio quando il paziente mostra resistenza a queste interpretazioni. Poiché il paziente è inconsapevole del suo desiderio di essere passivo-dipendente e si rappresenta come una persona frustrata e vittimizzata, ma adeguata e matura, vive queste interpretazioni come una ferita narcisistica (uno smacco al suo orgoglio maschile) e prova umiliazione, frustrazione e rabbia. D'altra parte, il paziente spesso sente e crede che il terapeuta lo sta aiutando. E' evidente che, per il paziente, questo terapeuta è una figura idealizzata, onniscente, saggia, di aiuto, autorevole, e che i desideri inconsci del paziente di un genitore ideale "buono" vengono gratificati nella sua fantasia.

Il paziente riceve anche molta gratificazione ricettiva-dipendente e probabilmente un aumento della sua autostima dall'atteggiamento fortemente interessato e d'aiuto e dall'attività del terapeuta e apparentemente ottiene gratificazione dal "nutrimento" intellettuale del terapeuta. Inoltre ottiene gratificazione dall'aspettativa che l'analisi con questo terapeuta avrebbe aumentato notevolmente la sua autostima. Questa gratificazione a volte raggiunge proporzioni estatiche quando il paziente vive le comunicazioni del terapeuta come se fossero rivelazioni magiche. E' anche probabile che il paziente si senta aiutato a causa dell'ovvio desiderio sottostante del terapeuta nei confronti del paziente che sia maturo, autoassertivo, generoso, aggressivo, meno inibito, meno condizionato dai sensi di colpa. Da ciò il paziente ne deduce che il terapeuta confida nella capacità del paziente di raggiungere i suoi obiettivi e quindi di essere degno del suo aiuto. Avere un oggetto maschile rispettato e idealizzato con cui identificarsi abbassa l'ansia del paziente e contribuisce alla sua percezione di essere aiutato. In certi aspetti della realtà, il terapeuta tratta il paziente con gentilezza, considerazione e rispetto. I saluti (iniziali e finali) sono accompagnati da strette di mano e generalmente danno un senso di essere accolti (benvenuti) dal terapeuta. La tariffa è fissata ad un prezzo contenuto per venire incontro al paziente. Il terapeuta mostra il suo interesse lavorando intensamente e attivamente con il paziente.

Il paziente ha acquisito in parte la consapevolezza intellettuale della sua ipersensibilità davanti alle critiche delle donne e il conseguente calo dell'autostima (orgoglio ferito, vergogna, sentimenti di inadeguatezza della sua mascolinità, senso d'inferiorità). È diventato più consapevole dei suoi *pattern* emotivi con sua moglie, soprattutto dei suoi atteggiamenti di sottomissione e di dipendenza, dell'inibizione dell'assertività e dell'aggressività, della sua incapacità di essere adeguatamente protettivo nei suoi confronti e del senso di colpa che ne deriva. Ha imparato a riconoscere che prova risentimento verso sua moglie quando lei frustra i suoi bisogni narcisistici (di essere ammirato, elogiato e aiutato) e che il suo risentimento genera il senso di colpa, in quanto lui non crede razionalmente che il suo risentimento sia giustificato. Il paziente ha inoltre aumentato la sua consapevolezza della sua paura di essere rifiutato e di essere abbandonato, della sua paura della rabbia espressa da figure materne, e della paura della perdita delle figure materne con conseguente inibizione della sua assertività a causa del senso di colpa e della paura di essere punito. Come risultato è sottomesso e accondiscendente il che lo porta ad ulteriore senso di umiliazione e calo di autostima e a volte ad un bisogno ipercompensatorio di autoaffermazione. La supposta relazione tra queste dinamiche inconse i sintomi di disturbo della funzione sessuale sono stati interpretati dal terapeuta, e fino ad un certo punto accettati sul piano cognitivo dal paziente. L'impotenza sarebbe espressione del suo risentimento e rivalsa contro le donne frustranti, un rifiuto di funzionare come maschio adulto ed un desiderio inconscio di essere un bambino dipendente.

Inoltre il paziente diventa consapevole del suo bisogno di vicinanza, di amore, soprattutto nella sua famiglia d'origine, e dei suoi sentimenti d'invidia ostile nei confronti di sua moglie, i cui rapporti familiari sono più soddisfacenti dei suoi. Diventa consapevole della tendenza a trascurare i bisogni di dipendenza di sua moglie. Rivive inoltre e sente l'orgoglio ferito, la tristezza, e la rabbia repressa mentre ricorda vari episodi di quando suo fratello non gli ha dimostrato di ricambiare il suo amore, sebbene i suoi sentimenti non vengono verbalizzati in seduta.

Il paziente sembra aver maturato una consapevolezza cognitiva sui suoi sentimenti d'inferiorità e d'inadeguatezza perché egli stesso si vergogna e disapprova il suo desiderio inconscio di essere un ragazzino, di ricevere e di non dare nel suo rapporto con le donne, e si sente in colpa per il risentimento che prova verso le figure materne quando i suoi bisogni di dipendenza non sono gratificati e quando pretendono che si comporti da uomo.

Cambiamenti del comportamento e sintomi

Il paziente ha riferito la comparsa di un maggior desiderio sessuale accompagnato da una maggiore autostima dopo la prima settimana di terapia. Riporta rapporti sessuali gratificanti tra la ottava e la nona seduta. Mostra una maggiore capacità di farsi valere con sua moglie in modo più realistico. Le seguenti ipotesi e deduzioni spiegano i miglioramenti a livello sintomatico:

1. Il paziente ha maturato una maggiore consapevolezza del legame tra il sentirsi ferito e adirato nei confronti di sua moglie e la perdita del desiderio sessuale e l'impotenza. Un minore senso di colpa per quanto riguarda la sua ostilità e una minore paura di essere punito (tramite il rifiuto) porta ad un migliore funzionamento sessuale.
2. L'aspettativa di cura e la fantasia di gratificazione dei suoi bisogni di dipendenza da questo terapeuta idealizzato e onnipotente portano ad una diminuzione d'ansia generalizzata, una maggiore autostima, e ad un migliore funzionamento dell'Io. Avere un modello rispettato e idealizzato con cui identificarsi fa diminuire l'ansia. Il desiderio di compiacere la figura di terapeuta-genitore idealizzata, forte, mascolino, onnipotente e di guadagnarsi la sua approvazione e rispetto e di conformarsi con i valori del terapeuta di virilità porta ad un miglioramento sintomatico.
3. Qualche miglioramento dell'autostima e dell'autoaffermazione può essere dovuto ad un bisogno di compensazione per l'autostima danneggiata dall'interpretazione del terapeuta sul suo avere tendenze ricettivo dipendenti e di sottomissione simili a quelle di sua madre.

Qualche miglioramento della sua assertività può essere dovuto a svariate esperienze emozionali correttive. La prima è accaduta quando ha protestato assertivamente (quinta seduta) il terapeuta non l'ha respinto e le aspettative del paziente di punizione (ritorsione) per la sua autoaffermazione non si sono concretizzate. Un'esperienza simile al di fuori del setting terapeutico è successa quando il paziente realisticamente ha rifiutato di sottomettersi alle richieste di sua moglie e ha scoperto con sorpresa e sollievo che non c'è stata nessuna ritorsione.

Il punto di vista del terapeuta sulle valutazioni degli osservatori

Non c'è una discrepanza significativa tra il terapeuta e gli osservatori sul resoconto degli eventi. Significative sono invece le discrepanze per lo più quantitative sulla valutazione degli eventi.

1. Il terapeuta riporta nel secondo colloquio la sua consapevolezza di una sensazione lievemente negativa verso il tipo di conflitto che il paziente mostra (essere troppo richiedente nei confronti della moglie e privo di generosità). Questo è riconosciuto anche dagli osservatori. Il terapeuta e gli osservatori descrivono la reazione del paziente a questa sensazione negativa. Gli osservatori, però, danno troppo rilievo a questa sensazione negativa e non sono sufficientemente consapevoli del fatto che già nel terzo colloquio il crescente interesse del terapeuta a livello cognitivo e terapeutico sta cominciando a mettere in secondo piano i sentimenti lievemente negativi. Questa è una differenza quantitativa tra la valutazione dell'interazione emotiva degli osservatori e del terapeuta. Gli osservatori non notano che entro la terza seduta la fiducia del paziente è stata fondamentale riconquistata. Gli osservatori non mettono in evidenza che questa fiducia crescente, per la maggior parte, è dovuta alla sensazione che il terapeuta capisca i suoi problemi e che le sue interpretazioni sono fondate. Gli osservatori danno eccessiva enfasi al fatto che il paziente accetti in modo sottomesso le interpretazioni in modo da essere amato. Loro sottovalutano il fatto che allo stesso tempo il paziente sta velocemente acquisendo una autentica conoscenza di sé. Gli osservatori elencano i diversi aspetti di questo *insight* eppure enfatizzano solamente il bisogno d'amore del paziente come il fattore motivante più importante. La discrepanza è di tipo quantitativa. Il terapeuta dà più valore all'*insight* genuino del paziente di quanto non fanno gli osservatori.
2. Gli osservatori stanno ovviamente riconoscendo più perspicacemente la disattenta (non intenzionale, distratta) manifestazione "svalutante" del sentimento negativo del terapeuta a differenza del terapeuta stesso. Stranamente, non riconoscono con uguale sensibilità il crescente investimento positivo del terapeuta sulla terapia e il riconoscimento (accettazione, consapevolezza) pieno di gratitudine di questo sentimento d'affetto da parte del paziente. Menzionano ripetutamente che il paziente ha avuto molte gratificazioni dal "cibo intellettuale" che riceveva ma non danno abbastanza valore a questo fattore positivo nella spiegazione del fatto che dopo 6 mesi di totale impotenza, il paziente dopo l'ottavo colloquio ha riacquisito la sua normale funzionalità sessuale. In sostanza, gli osservatori hanno messo eccessivamente in evidenza l'atteggiamento dominante e pressante del terapeuta, quasi tiranneggiasse (intimidisse) il paziente, pur ammettendo che il terapeuta incoraggia il paziente ad esprimere i suoi sentimenti ostili (quarta e quinta seduta). "Ipotizzo che confondano le affermazioni vigorose del terapeuta e il suo desiderio di comunicare *insight* intellettuali con l'aggressività e l'espressione di sentimenti negativi. Sono certo, sulla base di una profonda introspezione, che questa degli osservatori è un'affermazione esagerata". Gli osservatori evidenziano ripetutamente che il terapeuta, sottolineando l'incapacità da parte del paziente di agire come un uomo adulto nei confronti di sua moglie, umilia il paziente e gli fa pressioni a comportarsi da uomo. Si dimenticano che il paziente stesso è autocritico ma non è capace di riconoscere pienamente ciò che detesta di sé. Il

desiderio di essere un uomo non è solo del terapeuta ma è ancor di più del paziente. Fare emergere le cause emotive per cui il paziente non può essere all'altezza di questo ideale è tutt'altro che umiliante. Il terapeuta coglie ogni occasione per enfatizzare le circostanze attenuanti, quali, ad esempio, l'atteggiamento della famiglia nei confronti del paziente. Nella quarta seduta afferma che probabilmente il fratello non è più forte di lui. Questo non viene notato dagli osservatori. La verità è che gli osservatori omettono di menzionare il fatto che il terapeuta coglie tutte le opportunità per mostrare al paziente che non è così debole come si sente.

3. Gli osservatori non riconoscono l'effetto di rafforzamento dell'Io del paziente prodotto dal terapeuta quando evidenzia che il paziente distorce il *setting* terapeutico trasformandolo in una situazione umiliante seguendo un suo bisogno interiore. Il fatto che nella quinta seduta il paziente è in grado di esprimere ostilità dimostra che le interpretazioni e l'atteggiamento fondamentalmente positivo del terapeuta fanno diminuire la paura del paziente di esprimersi liberamente. Il sogno sulla morte del padre raccontato in questa stessa seduta conferma questa valutazione.

C'è molta discrepanza tra gli osservatori e il terapeuta nella valutazione della quinta seduta. Gli osservatori enfatizzano di nuovo che l'atteggiamento è pressante e critico e non tengono conto che l'atmosfera tra paziente e terapeuta è particolarmente empatica e che il terapeuta è di sostegno sia nel tono che nel comportamento. E' una interpretazione erronea che il terapeuta ha "ha fatto un passo indietro" alla fine del colloquio quando il paziente si è arrabbiato perché ha frainteso il terapeuta. Il paziente pensava che il terapeuta avesse detto che lui non era un uomo. Il terapeuta, però aveva semplicemente parafrasato ciò che pensava il paziente pensasse di stesso. Non è stato un passo indietro ma una correzione del fraintendimento da parte del paziente. Il paziente si sente subito attaccato. Questo viene confermato dall'intero contenuto di questa seduta; il suo argomento centrale è l'identificazione con un perdente. Non riesco a capire perché gli osservatori sono cascati nello stesso errore d'interpretazione del paziente a meno che non si siano identificati eccessivamente con il paziente ed erano dispiaciuti per lui; insieme con il paziente si sono ribellati all'analista autoritario. Il terapeuta era ansioso di dimostrare al paziente – sia con il tono di voce che con il contenuto della sua interpretazione – che il paziente aveva distorto la situazione. Se gli osservatori hanno dubbi sui propri errori, suggerisco loro di riascoltare l'ultima parte di questa seduta. Senza il riascolto e leggendo solo le parole (delle trascrizioni) questi errori nell'interpretazione sono facilmente comprensibili. Questo evidenzia una possibile fonte di errore nella procedura degli osservatori. E' ovvio che il coordinatore (un quarto psicoanalista che non osservava direttamente le sedute ma rileggeva le trascrizioni e i *worksheets* di tutti) ha avuto una influenza maggiore negli interventi ma lui non ha osservato le sedute né ascoltato le registrazioni. Questo può facilmente spiegare il motivo per cui le sue valutazioni erano erronee nelle sedute in cui gli elementi non verbali erano quelli più significativi.

4. Nella sesta seduta il terapeuta riferisce una ricomparsa della sua reazione negativa a causa della mancanza di generosità del paziente nei confronti della moglie. Il terapeuta riconosce che questa sensazione è riemersa nella rudezza della sua interpretazione sulla invidia del paziente nei confronti della moglie che ha un sostegno da parte della sua famiglia d'origine (a differenza del paziente lei ha una famiglia su cui contare). Ciò dimostra il fatto che il terapeuta è ormai pienamente consapevole della sua mancanza di empatia con questo specifico tratto della personalità del paziente. Penso che questo ha permesso al terapeuta di controllare per buona parte questo sentimento ed evitare che entrasse nella scena terapeutica in modo tale da diventare un elemento disturbante. Ciò non è stato difficile per lui in virtù dei suoi crescenti sentimenti positivi. Penso che gli osservatori sono giustamente consapevoli della componente negativa (del terapeuta) ma non riescono a vedere come i sentimenti positivi compensano ampiamente quelli negativi. Se ciò non fosse la reazione

terapeutica positiva – il ritorno della funzionalità sessuale - non potrebbe essere spiegata facilmente.

5. Qui c'è un errore: “Il terapeuta interpreta l'impotenza del paziente come parte della sua debolezza generale”. Non è vero. Al contrario, il terapeuta interpreta l'impotenza basandosi su una circostanza ben precisa: il crescente atteggiamento esigente della moglie in seguito alla morte della madre e poi della madre sostitutiva, ossia della madre del paziente. Il paziente non è d'accordo “in modo sottomesso” ma è d'accordo perché diventa sempre più consapevole del fatto che la sua impotenza era una reazione alle crescenti richieste della moglie e alla sua perdita del sostegno da parte di sua madre. (“Lui e sua moglie sono come due bambini nel bosco”).
6. Gli osservatori non notano che nella settima seduta il paziente ha potuto confessare che dava troppa enfasi alla sua debolezza e infelicità come modo per chiedere aiuto. Poteva fare questa confessione perché era diventato più sicuro del forte interesse del terapeuta nei suoi confronti. Non ha più bisogno di questa misura drastica (come una forma di ricatto psicologico) per ottenere simpatia facendo la vittima. Sente di poterla ottenere comunque. Gli osservatori non l'hanno capito perché sono ancora legati alla loro originaria enfaticizzazione che il terapeuta sta costringendo il paziente ad accettare le sue interpretazioni. Sottovalutano il fatto che le interpretazioni sono immediatamente successive al materiale emerso e che il paziente le accetta non solo per compiacere il terapeuta ma anche perché sente la loro rilevanza.
7. La maggiore discrepanza (tra terapeuta e osservatori) è nella valutazione dell'ottavo colloquio, quello dopo il quale il paziente ritorna ad avere una normale funzione erettile. La descrizione degli osservatori è una caricatura di ciò che è successo veramente. Loro interpretano erroneamente e con una visione del tutto di parte l'intento del terapeuta di dare una visione esauriente della situazione complessiva come una sorta di assalto iperattivo che non permette al paziente di esprimersi. La loro descrizione non corrisponde alla consapevolezza acuta e soggettiva del terapeuta di aver offerto al paziente una spiegazione forte sulla sua tendenza ad ottenere solidarietà tramite una dimostrazione di debolezza. Il terapeuta non provava alcun sentimento negativo verso il paziente. Il tenore del discorso era quello di aiutare il paziente facendo in modo che si confrontasse con le sue difese ed i suoi atteggiamenti evasivi. E' vero che il terapeuta ha esplicitato che non aveva alcuna simpatia per le manifestazioni di debolezza del paziente. Ma questo era anche, dal punto di vista del terapeuta, il modo migliore per rendere il paziente cosciente del fatto che in realtà non è un debole, ma è uno che recita la parte del debole.

Non capisco come gli osservatori abbiano potuto non accorgersene, nel colloquio. Ritengo che questa seduta dovrebbe essere riascoltata e ristiudata. Il fatto che, dopo la seduta, il paziente ha riacquisito la sua normale funzione erettile è indice della correttezza della valutazione di questa seduta da parte del terapeuta. Se gli osservatori avessero avuto ragione – ossia se il paziente si fosse veramente sentito schiacciato (annientato) dal terapeuta - questo effetto (di remissione del sintomo) non sarebbe spiegabile.

Nonostante queste discrepanze, la valutazione finale delle dieci sedute da parte del terapeuta e da parte degli osservatori, in particolare la ricostruzione delle esperienze emotive e della consapevolezza cognitiva raggiunte dal paziente, sono fundamentalmente simili. Credo che la maggiore discrepanza emerga dalla reazione degli osservatori allo stile di trattamento del terapeuta. Posso solo fare delle ipotesi sulle ragioni di alcune delle esagerazioni presenti sia nelle descrizioni che nelle valutazioni degli osservatori.

- A. Gli osservatori non erano abituati a questo tipo di trattamento attivo, basato sul principio di aiutare le funzioni integrative del paziente usando immediatamente il materiale presentato da lui spontaneamente; mi riferisco al fatto di collegare immediatamente il materiale il più possibile, le esperienze passate e presenti, con le sue reazioni nei confronti del terapeuta. Questa continua attività integrativa riduce la resistenza contro

l'affiorare di materiale inconscio e rende possibile un flusso piuttosto rapido di materiale che emerge in un *continuum*. Questa tecnica viene confusa con una presunta pressante aggressività, anche se il suo effetto è l'opposto.

- B. Forse gli osservatori hanno fatto una caricatura dello stile del terapeuta sfruttando l'opportunità, data dal setting della ricerca, di giudicare un collega più anziano... Ovviamente a livello inconscio! E, ovviamente, questo è solo uno dei vari fattori in gioco.
- C. Penso che il motivo principale per l'esagerazione degli osservatori è il fatto che loro, nella fase iniziale del trattamento, hanno scoperto un transfert latente negativo (del paziente o dell'analista? Interessantemente questo non è decidibile nel testo originale) e sono rimasti legati eccessivamente a questa scoperta. Per rimanere coerenti con questa scoperta hanno battuto sempre su determinati aspetti dell'interazione e hanno tralasciato le note positive che presto si sono sviluppate, dopo le prime tre sedute.

L'altra faccia della medaglia: gli osservatori hanno riconosciuto più distintamente le reazioni idiosincratice del terapeuta, in particolare i loro effetti sfavorevoli sulla terapia. Sono stati meno generosi nel riconoscere gli effetti favorevoli delle caratteristiche della personalità del terapeuta.

Conclusioni

Credo che l'obiettivo principale di questa parte del nostro lavoro – il confronto tra le valutazioni del terapeuta e degli osservatori – sia quello di arrivare a determinare caratteristiche compatibili tra i due tipi di osservazioni e valutazioni. Sarebbe fuori luogo cercare d'intavolare una discussione su chi ha ragione ogni volta che c'è un disaccordo. La posizione secondo la quale le affermazioni degli osservatori sono obbiettive, mentre quelle del terapeuta sono soggettive, è insostenibile. Anche gli osservatori sono soggettivi. La differenza tra loro è il punto di vantaggio: partecipazione contro non partecipazione.

Riguardo questi dieci primi colloqui, io farei le seguenti generalizzazioni:

1. Il resoconto degli osservatori è *più ricco nella descrizione dell'interazione*. Gli osservatori sono in una posizione migliore per osservare le reazioni del paziente agli interventi e alle interpretazioni del terapeuta. Però nelle interpretazioni delle reazioni del terapeuta fanno degli errori (vedi l'ottava seduta).
2. Il resoconto degli osservatori sull'atteggiamento e le intenzioni del terapeuta è basato su inferenze; non sono assolutamente affermazioni basate su fatti. La mia convinzione è che il loro resoconto sul terapeuta è più ricco di dettagli ma spesso basato su interpretazioni erranee. In altre parole, le loro ricostruzioni delle reazioni emotive del terapeuta sono meno attendibili dei resoconti introspettivi del terapeuta stesso. Quest'ultimi, però, sono meno frequenti; ma quando sono presenti sono più accurati e attendibili. Questo è naturale, ovviamente. Questo vantaggio nel resoconto del terapeuta non c'è se uno cerca di ricostruire *gli atteggiamenti inconsci del terapeuta, ovviamente. Ma neppure il gruppo degli osservatori può ricostruire con attendibilità le motivazioni inconscie del terapeuta sulla base dei dati di cui dispone.*
3. Gli osservatori sono più sensibili agli interventi del terapeuta che non favoriscono la terapia. Sono meno generosi nel riportare gli interventi e gli atteggiamenti dell'analista favorevoli dal punto di vista terapeutico. Questo è il risultato naturale della differenza nel punto di vantaggio; partecipazione contro non partecipazione. Ciò nonostante, sinceramente, penso che gli osservatori non hanno dato credito al fatto che il terapeuta era in continuo contatto con le dinamiche sottostanti, forse più di quello che avviene solitamente in una terapia. Non che io voglia essere elogiato, ma questo continuo contatto può essere significativo se si considera l'andamento del processo terapeutico. Questo contatto profondo potrebbe essere stato il motivo grazie al quale in 97 sedute i

conflitti di base del paziente sono stati compresi: il suo rapporto con la madre, la sorella, il padre, il fratello e il modo in cui queste relazioni hanno determinato i rapporti con i colleghi di lavoro; il modo in cui questi *patterns* hanno contribuito allo sviluppo dei suoi sintomi e hanno determinato l'intero andamento della sua carriera (successi e fallimenti). Questo fattore (il contatto continuo del terapeuta con le dinamiche inconscie del paziente) può aver avuto una influenza determinante sul suo comportamento come marito e come professionista. Il resoconto degli osservatori suona invece quasi come se l'influenza principale del terapeuta fosse consistita nel fare pressioni sul paziente al punto tale da portarlo ad una obbedienza passiva.

4. Nella ricostruzione psicodinamica del processo c'è un ampio accordo tra il terapeuta e gli osservatori. Nessuno di loro, però, sembra avere un punto di vantaggio sull'altro. Si può affermare che, in generale, poiché gli osservatori sono più attenti all'interazione, le ricostruzioni psicodinamiche del terapeuta sono più ricche e più coesive. La ragione di ciò è che gli osservatori hanno il beneficio di ascoltare buona parte degli interventi psicodinamici del terapeuta nel momento in cui egli li comunica al paziente in seduta. Probabilmente dunque, quando loro sono d'accordo con questi interventi, ossia la maggior parte delle volte, ritengono superfluo riportarli dettagliatamente nel loro resoconto.
5. Cercando di essere il più obbiettivo possibile, il terapeuta è pronto ad ammettere che ha un atteggiamento difensivo quando viene descritto il suo comportamento e il suo stile terapeutico. E' consapevole di questo atteggiamento difensivo e vuole riportarlo come un fatto empirico. E' difficile stabilire se la difesa è dovuta ad una ferita narcisistica o al fatto che i suoi interventi sono a volte fraintesi. E' però *molto* probabile che entrambi i fattori siano qui in gioco.

Al fine di rendere questo processo di elaborazione costruttivo, lo stesso grado di oggettività dovrebbe essere richiesto agli osservatori. Essi dovrebbero, in particolare, considerare specificatamente i già segnalati punti seguenti:

1. che sono rimasti vincolati al loro precoce riconoscimento di determinate reazioni controtransferali e per rimanere coerenti con queste osservazioni hanno continuato ad enfatizzarle e sono diventati meno attenti ai cambiamenti nell'atteggiamento del terapeuta;
2. che non erano abituati allo stile del terapeuta e non ne hanno riconosciuto pienamente gli aspetti positivi e ne hanno visto principalmente gli svantaggi (equiparando attività con pressione);
3. che hanno usato (inconsciamente) questo esperimento per criticare un collega più anziano.

Considerazioni finali

Per il nostro progetto le seguenti generalizzazioni sembrano essere di primaria importanza. Nonostante le differenze quantitative nelle valutazioni del processo tra osservatori e terapeuta si possono fare le seguenti affermazioni:

1. La personalità del terapeuta, ossia, i suoi valori, hanno una forte influenza sulla natura specifica dell'interazione terapeutica. In questo caso particolare l'idea del terapeuta, su come un uomo dovrebbe trattare sua moglie, ha ovviamente condizionato i suoi interventi. Un altro uomo, per esempio, la cui immagine del rapporto marito-moglie è più paritaria, avrebbe avuto più simpatia per le aspettative del paziente verso la moglie. Questo avrebbe influenzato diversamente il corso della terapia. Se questo è stato un bene o un male per la terapia è una questione difficile da stabilire. La mia posizione in merito è risaputa; se gli atteggiamenti-valori del terapeuta sono diversi da quelli delle

persone che hanno avuto un ruolo decisivo nello sviluppo del paziente questo è un elemento favorevole per la terapia. In questo caso in particolare, l'orientamento (la visione del matrimonio) del padre del paziente e soprattutto il suo atteggiamento con i figli sembra essere stato radicalmente diverso da quello del terapeuta.

2. Il clima interpersonale in generale, in questo caso, è stato per lo meno ugualmente efficace nell'influenzare il processo terapeutico rispetto all'*insight* cognitivo raggiunto mediante le interpretazioni e gli interventi razionali. Questo potrebbe essere dimostrato solo con uno studio dettagliato *ad hoc*.
3. Le esperienze emozionali correttive, come rilevato dagli osservatori e occasionalmente dal terapeuta, hanno un effetto ben definito nel produrre un cambiamento nelle reazioni del paziente. L'esempio citato dagli osservatori era la tolleranza del terapeuta nei confronti dell'aperta espressione di risentimento del paziente, che era in contrasto con l'atteggiamento della madre. Questo sembra avere aiutato il paziente a comportarsi con più assertività. L'atteggiamento intenso e appassionato del terapeuta nello spiegare al paziente le sue dinamiche può anche essere stato in netto contrasto con la mancanza d'interesse del padre nei confronti del paziente. Anche l'atteggiamento della madre era diverso da quello del terapeuta. Lei era aggressiva ma certamente non cercava di spiegare e di essere di insegnamento al figlio ma di manipolarlo per i suoi bisogni emotivi. E' probabile che questo "nutrimento intellettuale" con una forte enfasi nell'aiutare il paziente sia stato il principale fattore dinamico nella completa remissione dell'impotenza che durava da molti mesi. Questo tipo di "nutrimento" generoso è in netto contrasto con l'essere esigente della madre. La difficoltà del paziente a farsi carico del ruolo di marito nei confronti della moglie è diminuita perché ha ricevuto molte gratificazioni dal nutrimento intellettuale fornito dal terapeuta. Ciò ha certamente contribuito a fargli riacquistare la sua normale funzione erettile. Non è possibile valutare quantitativamente l'effetto di questo fattore emotivo rispetto a quello dell'*insight* cognitivo poiché entrambi i fattori erano presenti simultaneamente.

Paragone tra osservatori e terapeuta

Nell'esperienza interpersonale, il team e il terapeuta concordano che l'interesse attivo del terapeuta nel lavoro è vissuto dal paziente come un interesse nei suoi confronti e funziona positivamente incrementando nel paziente il senso di accettazione di sé e di autostima. Il terapeuta e il team degli osservatori non sono invece d'accordo sulla quantità dei desideri inespressi del paziente di approvazione, attenzione e affetto da parte del terapeuta e sulla misura in cui il paziente usa lo strumento della compiacenza nella speranza di soddisfare questi desideri. Il team e il terapeuta concordano sul fatto che il senso di vergogna, collegato con i desideri passivo-dipendenti, è di importanza cruciale nella struttura caratteriale del paziente. Il team però ritiene che l'insoddisfazione del terapeuta comunicata a livello non verbale rispetto alle tendenze passivo-dipendenti del paziente ha inciso negativamente sull'autostima del paziente. In un tentativo di opporsi ad una crescente vergogna e in un tentativo di ottenere l'approvazione, l'attenzione e il rispetto del terapeuta, il paziente cerca inconsciamente di conformarsi con quello che pensa siano i desideri e gli standard del terapeuta, che sono fino ad un certo punto anche i propri.

Allo stesso modo, il team ritiene che alcune volte il paziente è d'accordo con gli interventi del terapeuta solo sul piano intellettuale, e li accetta motivato dal desiderio di conformarsi e di compiacere, mentre il terapeuta li considera dei veri *insights* (raggiunti grazie ai suoi

interventi ed alle sue interpretazioni). Ci sono molti punti di accordo tra il team e il terapeuta sulla nuova consapevolezza del paziente. Il team considera il senso di colpa per l'aggressività e la paura di essere punito con un rifiuto come dinamicamente più forti rispetto all'opinione del terapeuta. Di conseguenza il team considera una diminuzione del senso di colpa e di paura associata alla autoaffermazione e all'espressione di ostilità come fattori cruciali nel ritorno della funzionalità sessuale e nel raggiungimento di una maggiore autoaffermazione. Il terapeuta e il team considerano l'esperienza con il terapeuta a questo proposito come un'esperienza emozionale correttiva. Sia il team sia il terapeuta ritengono che man mano che il paziente ha sviluppato un maggiore *insight* ed è riuscito a collegare la sua bassa autostima con le sue tendenze passivo-dipendenti, questo fatto ha giocato un ruolo importante motivandolo verso una maggiore autoaffermazione e indipendenza. Il team e il terapeuta concordano sul fatto che i valori del terapeuta giocano un ruolo significativo. Però il team attribuisce importanza al desiderio inconscio del paziente di conformarsi ai valori del terapeuta e di identificarsi con il terapeuta come ideale mascolino.

Riassumendo, il team fa più osservazioni sul processo dell'interazione interpersonale. Sulla base di queste osservazioni il team ascrive una maggiore importanza all'effetto (all'ascendente) della personalità del terapeuta (il suo comportamento e atteggiamento) rispetto a quanto fa il terapeuta. Il team fa più osservazioni sui processi intrapersonali del paziente (sul versante intrapsichico) ma non attribuisce a questi la stessa importanza, ai fini del cambiamento osservato nel paziente, rispetto a quanto invece fa il terapeuta. Questo è apparentemente dovuto al fatto che il terapeuta si focalizza prevalentemente sui processi psicodinamici del paziente man mano che li concettualizza (li riformula) dalle produzioni verbali del paziente e si concentra molto meno sulle reazioni del paziente nelle reazioni interpersonali durante le sedute di quanto non fa il team.

Sfortunatamente abbiamo le considerazioni del terapeuta sui commenti degli osservatori solo per le prime dieci sedute perché il terapeuta è morto prima che l'elaborazione di tutti i nostri dati fosse completata. I dati del terapeuta sull'intero progetto erano disponibili e sono stati usati dagli osservatori per completare il progetto. Però i commenti del terapeuta sul punto di vista degli osservatori nelle prime dieci sedute sono sufficienti a dimostrare chiaramente i punti di accordo e di disaccordo che possono esserci stati tra terapeuta e osservatori. A questo proposito è bene sottolineare che le pagine concernenti le reazioni del terapeuta ai commenti degli osservatori riportano le sue esatte parole.