



L'esperienza emozionale correttiva: riflessioni sulla funzione di integrazione degli interventi del terapeuta

Vezio Savoia

Attraverso l'esposizione di alcuni aspetti del lavoro clinico svolto con un paziente affetto da inibizione sessuale, intendo proporre alcune riflessioni sui fattori terapeutici della psicoterapia ad orientamento psicoanalitico.

L'ipotesi è che l'inibizione sessuale di A, che aveva trent'anni al momento della richiesta di consultazione, possa essere riconducibile da un lato agli effetti traumatici di un contesto familiare vissuto dal paziente come freddo e privo di amore e dall'altro ad un abuso sessuale, subito in un periodo compreso tra "gli otto e gli undici anni". In relazione al sintomo dell'impotenza, A parla di: "un'ansia che mi assale durante i preliminari e che mi impedisce di iniziare il rapporto", aggiungendo che: "in generale ho sempre avuto un rapporto difficile con la sessualità, sono ormai circa 3 anni che non ho rapporti sessuali e con l'attuale ragazza solo preliminari". Abbiamo ipotizzato che gli effetti traumatici dell'abuso sessuale, risignificato a posteriori secondo il modello dell'après-coup freudiano, siano stati amplificati dall'impossibilità di poterlo condividere ed elaborare all'interno del sistema familiare. A, infatti, non ne ha mai parlato ai suoi genitori e solo in un secondo momento gli stessi ne sono venuti a conoscenza. A dice che si sono "molto arrabbiati" con lui e che "i rapporti, che già erano freddi, sono ulteriormente peggiorati". Ritiene che l'abuso possa essere una delle cause che lo hanno spinto, successivamente, ad avere relazioni omosessuali. Riferisce che, più o meno in coincidenza con l'inizio dei colloqui, non ha più avuto incontri omosessuali, ma il suo passato è motivo di continue discussioni con la sua ragazza perché quest'ultima non gli crede. Per lunghi tratti del nostro lavoro e per tutta la fase iniziale A ripete di sentirsi imprigionato in una relazione, che potremmo definire claustrofobica, con la sua ragazza, vissuta come una figura "autoritaria e direttiva". Accusa la ragazza di controllarlo continuamente e di non lasciargli libertà sufficiente per vivere la sua vita in maniera autonoma. Allo stesso tempo accetta passivamente questo stato di cose, non le esprime il suo disappunto in quanto ritiene che un atteggiamento più assertivo comporti il rischio di essere lasciato. A sembra vivere in modo simile la relazione terapeutica all'interno della quale è quasi sempre molto accondiscendente, salvo virare, in alcuni momenti, verso il polo opposto assumendo atteggiamenti oppositivi e svalutanti.



Considerando alcuni aspetti del transfert e della storia personale di A, in particolare il vissuto di una madre castrante e l'abuso sessuale, abbiamo ipotizzato che il suo funzionamento psichico potesse essere caratterizzato dal concetto di identificazione con l'aggressore nell'accezione di Ferenczi.

L'Autore sostiene che bambini che hanno sperimentato relazioni familiari insoddisfacenti, frustranti, contraddistinte da un'educazione rigida e poco incline a tener conto dei loro effettivi bisogni o che hanno vissuto gravi traumi quali un abuso sessuale "tendono automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinarne tutti i desideri, a obbedirgli ciecamente, a identificarsi completamente con lui" (Ferenczi, 1932). La loro personalità è ancora troppo debole per poter protestare, così tutto il carico di aggressività connesso ad esperienze di questo tipo viene elaborato in senso autoplastico. L'identificazione con l'aggressore corrisponde ad uno stadio preliminare di formazione del Super-io. L'alleggerimento della tensione intrapsichica dovuta al conflitto tra il debole Io del paziente ed il primitivo Super-io viene reso possibile dal meccanismo della proiezione del Super-io sugli oggetti esterni che vengono, generalmente, vissuti come figure autoritarie e direttive le cui aspettative generano in A una notevole angoscia. A, pertanto, manifesta una significativa difficoltà ad instaurare delle relazioni affettive spontanee su base personale. Nella seduta successiva ad una in cui avevo fatto una serie di domande il paziente inizia con queste parole, "lei (in riferimento alla ragazza), non riesce a capire che ho bisogno dei miei spazi. Vuole sempre sapere, sempre sapere. Cosa faccio?, Dove vado?, Chi sento? Vorrebbe anche sapere cosa ci diciamo io e lei. Certe cose però non mi va di dirglike, non mi va di parlare di quello che mi è accaduto (parla dell'abuso e delle sue relazioni omosessuali), si tratta di problemi che voglio risolvere da solo. Tra l'altro il passato è passato e voglio metterci una pietra sopra". E' possibile ipotizzare che il paziente stia parlando anche della nostra relazione e che stia, attraverso un'allusione al transfert, riferendo che vive la relazione terapeutica in maniera claustrofobica, una relazione in cui sente di doversi proteggere dal rischio di intrusioni, rappresentate dalle domande del terapeuta. A tende ad attribuire al comportamento della sua ragazza gran parte delle sue difficoltà, ripete spesso di sentirsi controllato e di non avere sufficienti spazi personali, ha paura di quel che potrebbe accadere se manifestasse la sua volontà di esser più libero. Il suo discorso è, per utilizzare un'espressione di Joyce Mc Dougall, "desaffectée", ovvero distaccato e privo di una vera partecipazione affettiva. Il tono è accusatorio ed infelice, le sedute ripetitive e monotone. Capita che, nel corso delle stesse, mi distraigo, talvolta mi annoio, in altre occasioni perdo il filo del discorso, in generale faccio un notevole sforzo a seguirlo. Nonostante il trascorrere del tempo le sedute con A proseguono sempre uguali le une alle altre. Il paziente continua a parlare di problemi, di situazioni di rifiuto con tono accusatorio e lamentoso allo stesso tempo. Tende a parlare delle incomprensioni con la sua ragazza come se ogni seduta fosse la prima, attribuendo la sua infelicità al comportamento autoritario e



direttivo di lei, accusandola di egoismo. La ragazza non “lo capisce” e non rispetta i suoi bisogni, “è un periodo in cui mi sento piatto, avrei bisogno di stare solo, non vorrei uscire ma non riesco a dirle di no, ho paura”. A evoca in me l’immagine di un bambino il cui bisogno principale è quello di essere rassicurato. Nella fase iniziale del nostro lavoro ho provato in maniera più attiva a creare in lui delle aperture, attraverso domande o riformulazioni (cercando di focalizzare la sua attenzione sul fatto che il rapporto vissuto con la sua ragazza fosse per certi aspetti simile a quello da lui descritto con la madre), senza il minimo successo anzi, considerate le sue reazioni, talvolta cedendo, forse, ai desideri transferali del paziente di ricreare all’interno della relazione terapeutica la sua dinamica interna “vittima-persecutore”. In riferimento a questi aspetti ho assunto, in alcuni casi, un atteggiamento pressante, autorevole, talvolta anche moderatamente critico soprattutto in seguito alla frustrazione del desiderio di far comprendere i miei interventi al paziente. In risposta alle mie spiegazioni A assume, tendenzialmente, un atteggiamento accondiscendente, sottomesso, dovuto forse ad un profondo desiderio di vicinanza e approvazione. Sembra che il suo timore del rifiuto lo porti ad accettare passivamente i miei interventi senza una reale condivisione degli stessi. In altri momenti della cura pare, invece, opporsi con ostinazione ed in maniera quasi meccanica ai miei tentativi di spiegazione. Nelle fasi successive tendo, progressivamente, ad assumere un atteggiamento sempre più passivo, per certi aspetti quasi rassegnato. Inizio gradualmente a scoraggiarmi, penso che con questo paziente non ci sia davvero nulla da fare, in alcuni momenti sento di non esistere per lui dato che continua, ininterrottamente, a ripetersi nel corso delle sedute senza tener conto né delle mie interpretazioni né della mia presenza. Questa condizione genera in me una certa irritazione, alimentata da alcuni commenti del paziente, il quale non manca di sottolineare che, “nonostante tutto”, il nostro lavoro sembra completamente inutile. Passo pertanto da un’iniziale insoddisfazione a dei veri e propri sentimenti di inadeguatezza circa le mie possibilità di poter fare qualcosa per lui. Proviamo ora a formulare delle ipotesi nel tentativo di spiegare quanto sta accadendo nella relazione terapeutica. Nel vissuto di A c’è una madre aggressiva, possessiva, controllante, una madre che “quando eravamo a tavola ci obbligava a mangiare anche se non avevamo fame”. Il paziente sembra trasferire parte di questi aspetti del suo mondo interno al rapporto con la sua ragazza ed al rapporto col terapeuta. L’impossibilità di interiorizzare una figura maternizzante e contenitiva, aggravata dalla rappresentazione interna di un padre “dedito solo al lavoro”, lo induce a vivere la relazione terapeutica con diffidenza, in quanto il vissuto delle sue esperienze di relazione lo porta a credere che nessuno possa veramente aiutarlo. Riteniamo che, in questa fase del trattamento, si sia verificato quel fenomeno transferale definito “identificazione concordante” (Racker, 1958), che si presenta quando il terapeuta si identifica con l’Io e l’Es del paziente. In questo caso possiamo ipotizzare che il mio vissuto controtransferale sia, in qualche



modo, la riproduzione del sentimento di impotenza del paziente con tutto il carico di aggressività ad esso associato. Sembra che, in questo contesto, A stia “delegando” me, attraverso il meccanismo dell’identificazione proiettiva, alla funzione di contenere quelle parti scisse del suo mondo interno che vive come potenzialmente pericolose. Ogden, sulla scia dei lavori di M. Klein, concepisce l’identificazione proiettiva come un processo psicologico che è ad un tempo: un tipo di difesa, una forma di comunicazione, una modalità primitiva di relazione oggettuale. Come meccanismo di difesa l’identificazione serve a creare una distanza psicologica con quegli aspetti intollerabili del mondo interno del paziente, nel caso di A il sentimento di impotenza con tutto il carico di aggressività ad esso associato. Come forma di comunicazione questo meccanismo è finalizzato ad indurre nel ricevente, attraverso l’interazione, sentimenti conformi ai propri. Come forma di relazione oggettuale costituisce un modo di rapportarsi ad un oggetto vissuto come parzialmente separato. A cerca di comunicarmi attraverso una modalità primitiva ciò che non è in grado di formulare verbalmente. Si serve della relazione per “indurre” in me questi sentimenti assumendo un atteggiamento sostanzialmente indifferente alla mia presenza e talvolta anche oppositivo e svalutante. E’ come se ci fosse in A l’aspettativa, per certi aspetti magica, di esser compreso senza lo sforzo di dover verbalizzare i suoi vissuti. I modelli di comunicazione e di relazione oggettuale che A porta nella relazione terapeutica, possono farci ipotizzare che si dibatte tra un tendenza progressiva verso un atteggiamento di dipendenza matura dall’oggetto e un rifiuto ad abbandonare l’atteggiamento di dipendenza infantile dallo stesso. L’angoscia prevalente che A riferisce nel corso delle sedute è un’angoscia di tipo claustrofobico, che si esprime con “la sensazione di non avere spazio personale” nel rapporto con la ragazza e quindi di essere rinchiuso, imprigionato, inghiottito (angoscia che accompagna l’identificazione). Secondo Fairbairn l’angoscia fobica è riconducibile ad una scelta “tra il fuggire al potere dell’oggetto e il sottomettersi ad esso” (Fairbairn, 1941), da questa prospettiva si tratta di una tecnica di tipo prevalentemente masochistico. Privato di una relazione oggettuale contenitiva e maternizzante, A pare non poter rinunciare alla gratificazione dei suoi primitivi bisogni di dipendenza, tale rinuncia significherebbe ai suoi occhi rinunciare alla possibilità di ottenerne mai la soddisfazione?

Sembra che i desideri sessuali delle donne lo spaventino, il modo più congeniale in cui riesce ad avvicinarle è quello di un bambino in lacrime in cerca di conforto e consolazione. Le donne, come il terapeuta, devono essere disponibili ma non devono chiedere niente. A viene sempre in seduta, è sempre puntuale, cerca di svolgere al meglio “il compito” e pur si comporta come se io non esistessi, vuole stare in mia compagnia ma possibilmente senza doversi accorgere della mia presenza. A pare non potersi consentire ciò che Balint definisce “lavoro di conquista”. Possiamo quindi, alla luce di queste considerazioni, formulare l’ipotesi che il mio controtransfert caratterizzato da frustrazione,



impotenza e sentimento di non esistere per il paziente sia l'espressione del tentativo da parte di A di comunicarmi il suo vissuto. Mi riferisco al vissuto di un bambino che sente di esistere per la madre ed il suo ambiente in generale solo nella misura in cui accondiscende ed acconsente alle richieste dell'altro (crediamo che questo aspetto del suo modo di rapportarsi agli altri possa essere stato amplificato dall'esperienza dell'abuso). A sembra non potersi consentire un'esistenza individuale ma possa esistere solo come complemento dell'oggetto. Allo stesso tempo gli atteggiamenti indifferenti e svalutanti nei miei confronti, possono essere letti anche come dei tentativi da parte di A di ricreare quei rapporti oggettuali che confermano la fantasia che è incapace di amare e allo stesso tempo indegno di ricevere amore. Intendiamo dire che la tendenza a svalutare il lavoro psicoterapeutico o, talvolta, alcuni atteggiamenti esplicitamente ribelli rispetto ai miei interventi possono rappresentare il tentativo da parte di A di indurre il terapeuta ad odiarlo o quantomeno ad allontanarlo in modo da tenerlo alla giusta distanza. E' come se A compensasse con la tendenza ad odiare e ad essere odiato l'impossibilità di esprimere il desiderio profondo ed insoddisfatto di amare ed essere amato. Arrivati a questo punto, come comportarsi? che strategia adottare?

La nostra ipotesi è che la possibilità da parte del terapeuta di convivere con questi sentimenti senza metterli in atto nella relazione sia stato il fattore più importante, quello che più degli altri ha determinato l'esito del lavoro con A. Quel che intendiamo dire è che la domanda "se il paziente non potrà mai migliorare perché proseguire il lavoro?" Non deve mai essere tradotta in azione. Ritirarsi eccessivamente o mettere in atto condotte ritorsive avrebbe potuto confermare ad A che la rabbia con cui vorrebbe abbattere gli oggetti frustranti è veramente pericolosa per lui e per gli oggetti che considera buoni. Un atteggiamento di questo tipo avrebbe probabilmente rinforzato i sentimenti di colpa per la sua ostilità e la sua generale tendenza alla scissione. Viceversa un atteggiamento paziente, comprensivo e disponibile ha contribuito a far sì che A si sentisse riconosciuto e accettato, e questo gli ha consentito progressivamente di "utilizzare" (parafrasando Winnicott) la relazione terapeutica in senso trasformativo. Nel corso di una seduta A dice che è "piuttosto preoccupato. Ho trent'anni e non riesco ad avere rapporti sessuali, sotto certi aspetti è come se fossi un bambino". Gli rimando che "sentendosi come un bambino forse il suo desiderio principale non è quello di avere rapporti sessuali con la sua ragazza. Cosa potrebbe desiderare un bambino da una donna?". A risponde che non saprebbe dire, così provo a formulare un'ulteriore ipotesi domandandogli "forse un bambino vorrebbe essere compreso, rassicurato, non crede?" A risponde "sì, forse sì, alle volte soprattutto quando devo assumere delle responsabilità mi sento veramente come un bambino e vorrei che ci fosse qualcuno ad aiutarmi, qualcuno che mi desse dei consigli". Continua raccontandomi di una sua amica che vive a R., "l'unica persona, oltre a lei, con la quale parlo liberamente. Alle volte vorrei andarla a trovare ma non ne ho il coraggio perché voglio evitare polemiche con la mia



ragazza”. Nella seduta che segue A mi colpisce con il suo atteggiamento, ha un’espressione rilassata e soprattutto è allegro. Entra in stanza, si accomoda, mi da la mano e mi domanda “come va?”. E’ la prima volta che accade. Prosegue e dice “a me tutto bene, questa settimana è stata finalmente una settimana serena. In riferimento alla sua ragazza dice che “averle parlato chiaramente devo riconoscere che è stato utile. Sembra finalmente avermi capito, adesso mi crede, non mette più in discussione i miei comportamenti e mi lascia più spazio”. E’ possibile che A, nel contesto del transfert, si stia riferendo all’esperienza della seduta precedente sottolineando come il terapeuta “finalmente” abbia compreso il suo bisogno di rassicurazione e contenimento. Ancora con il materiale di una seduta successiva. A si presenta molto curato nell’aspetto e nell’abbigliamento, questa volta ha messo anche il profumo. Noto che il suo volto è più rilassato rispetto al solito, sembra piuttosto allegro e prima di accomodarsi, ancora una volta, viene verso di me mi saluta dandomi la mano e mi domanda come sto, è da un po’ di tempo che lo fa sempre. Introduce la seduta con queste parole “nell’ultimo mese le cose vanno decisamente meglio, mi sento più tranquillo, più rilassato”. Provo ad approfondire questi aspetti ed A dice che “forse lei ha finalmente capito, non è più ossessiva e controllante come prima, adesso mi lascia vivere. Anche io penso di essere cambiato, adesso sono meno irritabile, meno nervoso e mi accorgo di sentirmi più sicuro. Adesso mi esprimo più liberamente ed affermo più facilmente la mia volontà”. Poi mi racconta un episodio. A dice che nel fine settimana è andato al cinema con la sua ragazza, dopo il film si sono trattenuti a parlare un po’ “ed io le ho detto tutto quello che non sono riuscito a dirle in due anni! Dopodiché sono scoppiato in lacrime, era una vita che non piangevo, non ricordo nemmeno l’ultima volta che è successo”. Continua dicendo che “mi sono sentito liberato, tra l’altro sto notando che, nonostante le mie difficoltà sessuali siano ancora lì, pare che anche in quel senso le cose vadano meglio”. Sembra che, nel contesto di un rapporto vissuto come opprimente e soffocante, A. stia progressivamente iniziando a sviluppare una prospettiva diversa, caratterizzata dalla possibilità di ritagliarsi degli spazi personali sempre più ampi. In un’altra seduta A. racconta un episodio in cui lui e la ragazza sono andati con una coppia di amici in un grande centro commerciale e mi descrive come una conquista il fatto che, ad un certo punto, “io ed il mio amico abbiamo preferito andare in giro da soli lasciando le ragazze a fare le loro compere. Mi sono sentito libero ed ho riscoperto il piacere di poter fare qualche chiacchiera con un amico senza la sua presenza. Probabilmente qualche tempo fa non avrei mai fatto una cosa del genere”. La maggior sicurezza di cui A. riferisce in relazione al rapporto con la sua ragazza si manifesta anche nel corso delle sedute, nelle quali si mostra più disponibile a parlare di sé e del suo passato riportando, gradualmente e non senza difficoltà, anche alcuni ricordi relativi ad episodi delle sue precedenti esperienze omosessuali. Noto, inoltre, dai racconti di A. che, in questa fase, prova ad avere rapporti sessuali con la ragazza. Spesso è “costretto a fermarsi”,



talvolta gli capita di “essere sorpreso dall’ansia”, ma adesso, a differenza di quanto accadeva in passato, quando evitava sistematicamente ogni occasione, ci prova. Un giorno a circa undici mesi dall’inizio del percorso psicoterapeutico, A. arriva in seduta con largo anticipo, infatti lo incrocio fuori all’ambulatorio oltre mezz’ora prima dell’orario concordato per l’inizio del colloquio. Quando entra ha un’espressione molto felice, non fa quasi in tempo a salutarmi e, ormai come suo solito, a domandarmi come sto che, di getto, con entusiasmo mi dice “finalmente ci sono riuscito!”. A. racconta che è riuscito a fare l’amore, “anche più di una volta”, con la sua ragazza e che è “riuscito a farlo con grande naturalezza”. Non riesco a trattenermi dal manifestargli la mia gioia e la mia soddisfazione. La comunicazione di A., tra l’altro, mi sorprende molto dato che, nonostante qualche miglioramento, non avevo l’impressione che ci potesse essere, in quella fase, una remissione sintomatica. Dopo otto mesi di ulteriore lavoro, senza che nel frattempo si siano manifestate ricadute, A. decide di interrompere il percorso psicoterapeutico. L’interruzione avrà luogo in corrispondenza di una grave malattia che colpisce il padre della sua ragazza. In occasione di questo evento A. salta tre sedute consecutive (cosa che non si era mai verificata in precedenza), dopodiché nella seduta successiva mi comunica la sua decisione di interrompere la psicoterapia “per stare vicino alla ragazza”. Aggiunge che il fatto di non esserci visti per tre settimane e di non aver avuto problemi lo ha ulteriormente rassicurato, in quanto, come lui stesso riferisce “adesso mi sento tranquillo e sicuro di potercela fare da solo”. E’ interessante notare che, nella seduta precedente le tre saltate, A mi ha parlato dell’abuso soffermandosi per la prima volta sull’accaduto (in precedenza aveva fatto solo dei brevi accenni ma non aveva mai voluto parlarne) ed esprimendo tutta la sua rabbia nei confronti di colui che l’aveva abusato. In questa maniera A sembra volersi definitivamente liberare del peso di un’esperienza traumatica condividendone il ricordo con il terapeuta. Proponiamo adesso alcune riflessioni su quali possono essere stati i principali fattori curativi nel caso in questione. Riteniamo utile nella lettura di questo lavoro tener presente che esso è un tentativo di spiegazione dei fattori che hanno favorito la remissione sintomatica e che altri aspetti, anche decisamente problematici, del funzionamento di A non sono stati volutamente menzionati per semplicità espositiva, né adeguatamente affrontati nel contesto del lavoro psicoterapeutico in quanto il paziente, in seguito al miglioramento della funzione sessuale, si è ritenuto soddisfatto dei risultati ottenuti. Come abbiamo avuto modo di vedere, nel contesto del lavoro con A, ho fatto un ricorso limitato all’uso delle interpretazioni, mi riferisco a quelle che sono state poi verbalizzate al paziente, in quanto A sembrava non trarne alcun giovamento. Riteniamo, invece, che la risposta emotiva del terapeuta agli atteggiamenti transferali del paziente abbia giocato un ruolo decisivo. Un momento particolarmente importante, in tal senso, crediamo sia stato quello in cui si è potuto parlare in seduta del suo bisogno di sentirsi compreso e rassicurato, dei suoi sentimenti di inadeguatezza “soprattutto



quando deve assumere delle responsabilità” e della sua impossibilità ad avvicinare una donna se non come un bambino in cerca di conforto e consolazione. Dopo questa seduta ci sono stati dei cambiamenti significativi che hanno gradualmente portato alla remissione sintomatica. A ha cominciato a sentire la sua ragazza come una persona diversa “non più ossessiva, lei ora lo ha capito e gli lascia spazio”, di conseguenza è sempre meno preoccupato di quelle che possono essere le reazioni della ragazza ai suoi tentativi di ritagliarsi spazi privati sempre maggiori. A, nel contesto della relazione terapeutica, ha iniziato a manifestare un sempre maggior interesse per la figura del terapeuta. A tal proposito un aspetto significativo è, a nostro parere, il fatto che, dopo la seduta in questione, A mi saluti sempre dandomi la mano e preoccupandosi di domandarmi come sto, cosa che non aveva mai fatto nei mesi precedenti. E’ come se da quel momento in poi avesse iniziato progressivamente ad “investire” nella relazione terapeutica. A ha iniziato, inoltre, a manifestare un generale innalzamento del tono dell’umore e come conseguenza di ciò anche la sua vita sociale ne ha risentito positivamente. In riferimento a questi aspetti riporta di sentirsi “più sereno, meno piatto e se prima uscivo solo per lei, per non crearle ulteriori problemi adesso lo faccio con maggior piacere”. La nostra ipotesi è che nella seduta di cui sopra si sia verificato un fenomeno che per certi aspetti può essere assimilato al concetto di esperienza emotivo-correttiva di cui riferisce Franz Alexander. Il contenimento delle identificazioni proiettive di A e la successiva verbalizzazione del suo vissuto crediamo abbiano avuto questa valenza. Provo a chiarire quanto detto. A, con il suo atteggiamento, induceva in me un controtransfert caratterizzato da forti sentimenti di inadeguatezza e di irritazione. Abbiamo ipotizzato che, se da un lato l’identificazione proiettiva esprimeva il suo forte bisogno di comunicare e di condividere dei vissuti intollerabili, dall’altro, in quanto aspetto del transfert, esprimeva il tentativo da parte di A di riattivare nella relazione terapeutica quei rapporti che perpetuano la soluzione patologica. Detto in altri termini A cercava, con un atteggiamento svalutante ed indifferente, di provocare in me una reazione che gli confermasse la fantasia inconscia relativa alla sua incapacità di amare e la sua indegnità di essere amato. Possiamo ipotizzare che il contenimento e la comprensione in luogo della ritorsione, nonché l’interesse attivo nel lavoro da parte del terapeuta, hanno creato quella differenza significativa tra il passato traumatogeno e la situazione terapeutica attuale. A ha potuto consentirsi di esprimere la sua aggressività nei miei confronti senza per questo esser punito o rifiutato, aspetto questo che differenzia la relazione terapeutica rispetto a quella che lui descrive con la figura materna. Contemporaneamente l’esplicito interesse del terapeuta nei suoi confronti crea differenza rispetto alla relazione con il padre, che lui descrive come un uomo molto dedito al lavoro ma poco interessato ai figli ed alla vita familiare in generale. Come conseguenza di questi vissuti ed esperienze, attraverso i quali ha potuto sperimentare e sentire nel transfert l’irrazionalità dei suoi vissuti fantasmatici, egli ha potuto progressivamente



superare il sintomo dell'impotenza e, contemporaneamente, instaurare un'alleanza terapeutica più solida. In *The Dyadic Transaction* (il libro che documenta la psicoterapia psicoanalitica in cui Franz Alexander ha concepito il concetto di esperienza emozionale correttiva come principale fattore terapeutico) gli Autori sottolineano l'importanza del transfert positivo sostenendo che "l'aspettativa di cura e la fantasia di gratificazione dei suoi bisogni di dipendenza da questo terapeuta idealizzato ed onnipotente porta [nel paziente] ad una diminuzione d'ansia generalizzata, ad una maggiore autostima e ad un migliore funzionamento dell' Io. Avere un modello rispettato ed idealizzato con cui identificarsi fa diminuire l'ansia" (Eisenstein, Levy, Marmor, 1994). La maggior fiducia nei miei confronti e la possibilità di differenziarmi dalle figure autoritarie che popolano il suo mondo interno, in particolare la madre, hanno permesso ad A di introiettare una figura superegoica più benevola che gli ha consentito una maggior tolleranza del conflitto ed il superamento delle relazioni repressive del passato. In questa prospettiva può essere interessante riportare che, qualche tempo prima la seduta cui abbiamo fatto riferimento, il caso di A era stato condiviso con dei colleghi in supervisione. Nel contesto della stessa uno dei supervisori aveva evidenziato il forte bisogno di contenimento di A e la sua difficoltà di relazionarsi alle donne da uomo adulto. Questi aspetti, come abbiamo visto, sono stati poi condivisi con A nella seduta in questione. Riteniamo che, anche la capacità di fidarsi e di affidarsi del terapeuta alla supervisione in gruppo nel setting della Scuola, abbia avuto un ruolo importante nel contribuire alle esperienze emozionali correttive del paziente. Eisenstein, Levy e Marmor (che erano il piccolo gruppo di osservatori della terapia che Alexander conduceva con il suo paziente impotente, in un setting istituzionale – un'università a Los Angeles -) sostengono che non solo la risposta emotiva del terapeuta al paziente nella relazione di cura, ma addirittura "la personalità del terapeuta, ossia, i suoi valori, hanno una forte influenza sulla natura specifica dell'interazione terapeutica" e subito dopo aggiungono che "se gli atteggiamenti 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" (Eisenstein, Levy, Marmor 1994). Franz Alexander ha dato grande rilievo al ruolo svolto da fenomeni di questo tipo per il buon esito del lavoro psicoterapeutico. Egli sottolinea che "in tutte le forme di psicoterapia eziologica, il principio terapeutico di base è lo stesso: riesporre il paziente, sotto circostanze più favorevoli, a situazioni emotive che lui non poté affrontare nel passato. Il paziente per essere aiutato, deve passare attraverso una esperienza emozionale correttiva adatta per riparare l'influenza traumatica di esperienze precedenti" (Alexander, 1946). Nel contesto della relazione di transfert le possibilità di padroneggiare il conflitto irrisolto sono dovute a due aspetti principali. In primo luogo nel transfert il conflitto è meno intenso di quello originario, in secondo luogo "l'analista assume un atteggiamento diverso da quello che il genitore aveva assunto verso il bambino nella situazione originaria. Mentre il



paziente continua ad agire secondo modalità transferali non più attuali, le reazioni dell'analista si conformano strettamente alla situazione terapeutica reale" (Alexander, 1946). Ed è proprio questa differenza l'elemento terapeutico fondamentale, poiché, essendo l'atteggiamento del terapeuta diverso da quello delle figure di autorità del passato, il paziente ha l'opportunità di far fronte in condizioni più favorevoli a quei conflitti emotivi precedentemente intollerabili ai quali aveva dovuto far fronte ricorrendo a meccanismi di difesa estremi. Alla luce di questi principi, secondo Alexander, ritenere che il recupero dei ricordi del passato sia uno dei più importanti fattori curativi è un retaggio dell'ipnosi catartica. Il recupero del ricordo di costellazioni emotive particolarmente dolorose è, a suo parere, possibile solo nella misura in cui le stesse sono state adeguatamente sperimentate e padroneggiate nella relazione di transfert. Il ricordo è concepito come "un barometro di progresso indicante la aumentata capacità dell'Io di far fronte a situazioni emotive rimosse" (Alexander, 1946). Alexander certamente non trascura l'importante ruolo che ha il passato nello sviluppo del carattere, riconoscendo come tutte le nostre reazioni dipendono in parte anche da esperienze passate, sottolinea, però, che il semplice ricordo di un'esperienza traumatica non può modificare l'effetto che tale esperienza ha avuto sulla personalità. A tal proposito afferma che "solo un'esperienza correttiva può annullare l'effetto di quella vecchia. Questa nuova esperienza correttiva può essere fornita dalla relazione transferale, da nuove esperienze di vita, o da entrambe" (Alexander, 1946). In riferimento a quest'ultima frase di Alexander possiamo ipotizzare che la maggior assertività che A manifesta nei confronti della sua ragazza, la possibilità di ritagliarsi degli spazi personali sempre più ampi all'interno della relazione di coppia e la verifica, attraverso esperienze reali, che comportamenti di questo tipo non comportano né la punizione né il rifiuto, rappresentano un'insieme di esperienze emozionali correttive extra – transferali (rispetto al transfert della relazione terapeutica) che hanno contribuito ai miglioramenti di A, incrementando la sua sicurezza, e contemporaneamente facilitato il lavoro psicoterapeutico. In questa prospettiva la ricostruzione genetica del passato del paziente è più importante per il terapeuta perché, solo alla luce della conoscenza del passato, sarà capace di comprendere ed interpretare il significato del comportamento che il paziente ripete nel transfert ed evitare di agire il suo controtransfert ripetendo la costellazione negativa dell'infanzia del soggetto. Anche Freud esprime un concetto simile quando sostiene che non è il "non sapere per se stesso il fattore patogeno, ma la radice di questo non sapere nelle resistenze interne del malato, le quali in primo tempo hanno provocato il non sapere ed ora fanno in modo che esso permanga. Il compito della terapia sta nel combattere queste resistenze" (Freud, 1910). Inoltre, in un passo successivo, Freud sottolinea l'importanza fondamentale, per il superamento delle resistenze, della relazione affettiva paziente - terapeuta quando sostiene che per il paziente il compimento della cura riesce solo



se “il suo attaccamento al medico (traslazione) sia giunto a un punto tale da far sì che il rapporto sentimentale con lui renda impossibile il rinnovarsi della fuga” (Freud, 1910).

Riassumendo brevemente, abbiamo attribuito la remissione sintomatica che si è verificata in A ad un insieme di eventi che possono essere spiegati utilizzando il concetto di esperienza emozionale correttiva sviluppato da Alexander. La gestione dei sentimenti di controtransfert è risultata, a nostro parere, l'elemento più importante. Le risposte emotive del terapeuta (in particolare il contenimento dei sentimenti di inadeguatezza e di irritazione) hanno consentito ad A di sentire, nella relazione terapeutica, che l'espressione di sé, più precisamente degli aspetti assertivi, non integrati della sua personalità, non conduce automaticamente alla “distruzione” dell'oggetto. Sentirsi compreso dal terapeuta, ha permesso ad A non solo di differenziarlo dalle figure autoritarie che popolano il suo mondo interno, ma anche di stabilire un' alleanza terapeutica più solida e di introiettarlo, gradualmente, come figura superegoica più benevola. L'attenuazione della rigidità del Super-io gli ha consentito la progressiva integrazione degli aspetti scissi della sua personalità, il che lo ha reso via via più assertivo, più sicuro, fino a quando non gli è stato possibile avere dei rapporti sessuali normali con la sua ragazza. Vorrei ora, alla luce del caso di A, provare a fare alcune brevi riflessioni sul ruolo dei fattori curativi in psicoterapia considerando come parametri di riferimento il pensiero di Freud e Ferenczi. Si possono evidenziare due fattori principali che hanno caratterizzato la teoria della cura in psicoanalisi: il primo possiamo chiamarlo comprensione intellettuale, insight, interpretazione, ecc. Il secondo si riferisce al legame affettivo con l'analista, al rapporto emozionale, ed è stato chiamato in vari modi, tra cui transfert positivo, attaccamento, ecc. Per quanto riguarda il fattore della “comprensione”, Freud sovente ha sottolineato l'importanza della comprensione intellettuale, della spiegazione, della istruzione, della educazione, della argomentazione logica. Secondo il pensiero dell' Autore, il lavoro basato sull'uso dell'interpretazione faciliterebbe il superamento delle resistenze del paziente nel recupero del materiale rimosso, nel rendere conscio l'inconscio ed anche nel ricordare e nel comprendere invece che agire gratificando la pulsione. Ad ogni modo va, però, ricordato che Freud non ha mai minimizzato l'importanza del legame affettivo tra paziente e terapeuta affermando che la comprensione possa avvenire solo nel contesto di un rapporto affettivo paziente-terapeuta favorevole. A tal proposito, nell' *Introduzione alla psicoanalisi*, egli afferma esplicitamente che la traslazione è necessaria in quanto elemento decisivo per il superamento delle resistenze, sottolineando come “la lotta è decisa non dalla sua (del paziente) perspicacia intellettuale...bensì unicamente dal suo rapporto con il medico” (Freud, 1915 -1917). Adesso tenendo conto di queste due prospettive, ovvero l'enfasi sulla comprensione e sul recupero del ricordo da un lato e quella sull'importanza della relazione paziente-terapeuta dall'altro, possiamo notare come in Freud, in momenti successivi del suo pensiero, emergono due punti di vista sul



transfert. In riferimento al primo il transfert viene concepito principalmente come una resistenza al recupero dei ricordi e l'effetto terapeutico deriva soprattutto dalla possibilità di colmare le lacune della memoria; in riferimento al secondo il transfert è concepito come l'esito dello sforzo del paziente di realizzare i suoi desideri e l'effetto terapeutico deriva principalmente dalla possibilità di rivivere questi desideri nell'ambito dello stesso, dalla comprensione del fatto che essi sono determinati in misura importante dal passato del paziente e dall'esperienza di qualcosa di diverso nell'esaminarli insieme al terapeuta. Crediamo sia possibile affermare senza il rischio di smentita che, nonostante Freud non avesse mai sottovalutato l'importanza degli aspetti affettivi della relazione paziente- terapeuta, l'impostazione del suo pensiero ha portato, per una serie di ragioni, a far sì che nell'ambito del pensiero psicoanalitico l'interpretazione si affermasse come il principale fattore curativo. Riportiamo qui un'espressione di Wolfgang Loch che ci aiuta a chiarire il senso di quanto affermato poco fa, "Il trattamento su base interpretativa della resistenza e della traslazione origina il processo psicoanalitico" (Loch, 1965). Utilizzando questo vertice di osservazione la comprensione e la conoscenza di sé vengono ad essere considerati i più importanti fattori di guarigione. Secondo Ferenczi, invece, il compito del terapeuta è quello di trovare tecniche che rendano possibile il proseguimento della terapia anche nei casi più difficili. Nel testo in cui parla delle analisi infantili sugli adulti Ferenczi nota che, con alcuni pazienti, i tentativi portati avanti con la "tecnica classica" si rivelano un fallimento. Nonostante i suoi sforzi, egli non riesce nel tentativo di consentire il ricordo degli eventi traumatici in modo da porre fine alla coazione a ripetere, e sottolinea che "la freddezza dell'analista silenzioso in attesa, la sua mancanza di reazioni, si dimostrarono d'ostacolo alla libertà dell'associazione" (Ferenczi, 1931). Decide, pertanto, di allentare la tensione della situazione psicoanalitica intervenendo su alcune variabili. Uno degli elementi che Ferenczi ritiene fondamentale per il buon esito del lavoro psicoterapeutico è un atteggiamento da parte del terapeuta caratterizzato da sincerità e partecipazione emotiva. Egli nota che la tensione dei pazienti può essere attenuata se il terapeuta comunica i suoi veri pensieri e sentimenti in quanto ciò contribuisce ad un miglioramento del clima affettivo e ad un aumento della fiducia da parte del paziente. A tal proposito egli afferma che "questa fiducia è quel qualcosa che stabilisce il contrasto tra il presente ed il passato traumatogeno" (Ferenczi, 1932). Alla luce di queste considerazioni, Ferenczi ritiene utile rinunciare ad un atteggiamento esclusivamente interpretativo e strettamente legato all'astinenza e di assumere un atteggiamento di "amorevolezza materna". In alcuni momenti dice di comportarsi come una madre affettuosa che "vizia il paziente", che prolunga le sedute e che la sera non va a letto prima di aver parlato con il suo bambino delle preoccupazioni e delle paure rimaste in sospeso. Al di là di quanto un tale atteggiamento possa essere più o meno condivisibile, sembra che Ferenczi stia comunicando l'importanza di affiancare all'interpretazione



l'offerta di qualità materne reali, ossia (come diremmo noi oggi) l'offerta di una relazione d'aiuto. Secondo Ferenczi, se il terapeuta crea, con il suo atteggiamento, le condizioni per l'offerta di un'effettiva relazione d'aiuto, pone le basi per poter affrontare e risolvere i conflitti all'interno del contesto psicoterapeutico. Egli ritiene che un aspetto particolarmente importante è, da parte del paziente, "la percezione della differenza" con le esperienze vissute nella famiglia reale in quanto, poiché sente il contesto della terapia più sicuro, il paziente ha la fiducia necessaria per poter immergersi nella riedizione del doloroso passato. A tal proposito scrive "il paziente avrà allora l'impressione che il nostro comportamento sia l'opposto di quello di cui ha fatto a suo tempo esperienza nella propria famiglia, e dato che ora si sente al riparo dal pericolo che questa esperienza si ripeta, non teme di immergersi nella riproduzione del passato spiacevole" (Ferenczi, 1931). Sembra che Ferenczi voglia dire che insights ed elaborazioni dovrebbero essere sostituiti o quantomeno preceduti/affiancati da vissuti ed esperienze. Crediamo che, al di là delle lecite considerazioni che possono essere fatte circa la maggiore o minore capacità dei pazienti di far uso delle interpretazioni verbali del terapeuta, il contributo di Ferenczi si basa su una concezione della genesi delle nevrosi che rivaluta rispetto "al modello classico" l'origine socio-relazionale delle stesse. Rispetto al modello freudiano il trauma in Ferenczi non determina il "destino delle pulsioni" ma modifica la relazione oggettuale. Questo cambiamento di paradigma ha delle conseguenze anche per quanto concerne il lavoro psicoterapeutico. In Freud la regressione implica il passaggio della libido da un livello di organizzazione più elevato ad uno più basso in quanto è assorbita dai punti di fissazione infantili, in origine la pulsione è autoerotica. Seguendo il pensiero di Ferenczi l'ultimo punto di fissazione non è l'autoerotismo ma una relazione oggettuale. Possiamo, pertanto, ipotizzare che se regredire significa tornare a modelli relazionali di tipo primitivo e non ad una fase autoerotica dello sviluppo pulsionale, probabilmente ciò che il paziente si aspetta e di cui ha bisogno non può venire dall'autoerotismo ma solo dall'ambiente e quindi da una relazione con il terapeuta. E' in questo contesto che possiamo, forse, comprendere il riferimento "al sentimento materno" di cui parla Ferenczi. Vorrei ora ritornare a fare alcune riflessioni sul transfert. Freud concepisce il transfert come la "nuova edizione" di esperienze passate, frutto di un processo endopsichico autonomo. Nella sua visione della relazione terapeutica il comportamento "reale" del terapeuta non influisce sullo sviluppo del transfert. Attraverso le interpretazioni il terapeuta evidenzia al paziente in primo luogo che egli vive nella relazione terapeutica determinati sentimenti mostrandogli quali sentimenti sono in gioco, poi, in un secondo momento, gli vengono esplicitate le cause degli stessi. Nel momento in cui le cause, così riconosciute, vengono messe in luce e il fattore irrazionale del comportamento viene evidenziato, il paziente viene messo in condizione di esercitare meglio l'esame di realtà e di padroneggiarla più adeguatamente. Il lavoro, nel suo complesso, deve essere condotto "in stato di



frustrazione”. L’importanza dell’astinenza del terapeuta è giustificata con il fatto che, secondo il pensiero di Freud, “cerchiamo di acutizzare questo conflitto e di far sì che si sviluppi nel modo più marcato possibile, onde incrementare la forza pulsionale che serve a risolverlo” (Freud, 1938). Da questa prospettiva il terapeuta può essere concepito come un osservatore distaccato, il quale sulla base dei suoi pre-supposti teorici si serve dell’interpretazione come strumento, attraverso il quale, produrre quella conoscenza di sé che per il paziente può avere valore trasformativo. Ci domandiamo, è possibile concepire il transfert indipendentemente dalla realtà della situazione interpersonale? A nostro avviso l’idea di un atteggiamento prodotto unicamente dal passato o dal presente è pura astrazione teorica. Seguendo questa linea di pensiero il transfert è in relazione a quanto il paziente vive nella relazione terapeutica ed è quindi, sebbene in parte, effetto di una percezione reale. Transfert e controtransfert non sono processi isolati ma espressione di un’interazione. In quest’ottica la dicotomia tra interpretazione ed esperienze emozionali, intese come fattori curativi, sembra essere più l’espressione di una contrapposizione ideologica tra una psicologia umana interpersonale ed una intrapsichica di stampo prevalentemente biologico che una realtà sostanziale. A nostro parere riconoscere che i conflitti intrapsichici possono esprimersi nel campo interpersonale non significa attribuire lo sviluppo psicologico esclusivamente a fattori interpersonali. L’interpretazione, lungi dall’essere semplicemente lo strumento di un terapeuta che lavora in condizione di “astinenza”, può essere parte integrante di un’esperienza emozionale correttiva nella misura in cui, con il semplice atto di interpretare, il terapeuta si comporta in maniera diversa da quello che il paziente si aspetta o che ha tentato di provocare. L’interpretazione può avere un’importante valenza relazionale in quanto un’interpretazione “corretta” ovvero un’interpretazione che coglie la realtà fantasticata del paziente, attraverso “la denominazione suscita subito la speranza che la cosa sconosciuta finora senza nome sia riportata nell’ambito della disponibilità propria o interumana” (Loch, 1965). Lo stesso Alexander evidenzia che nel lavoro psicoterapeutico la contrapposizione tra comprensione intellettuale ed esperienze emotive può essere reale solo nella misura in cui la prima viene perseguita senza tener conto che una reale comprensione implica l’integrazione tra il conoscere ed il sentire affettivamente. L’Autore afferma che la comprensione intellettuale si basa “su esperienze emotive ed [è] fusa con esse, stabilizza i miglioramenti emotivi ed è di complemento all’esperienza emozionale correttiva” (Alexander, 1948). Sembra che Alexander voglia dire che la conoscenza di sé può avere valore terapeutico soltanto se parte integrante di un’esperienza emotiva significativa per il paziente. Alla luce di queste considerazioni crediamo sia possibile affermare che il vero “strumento” terapeutico, quello che determina l’esito del lavoro sia la predisposizione d’animo del terapeuta a stare in una relazione d’aiuto. Questi, con la sua persona ed il suo atteggiamento, caratterizza il processo terapeutico più delle immagini infantili e del divenire dei processi inconsci nel paziente. Se



le capacità del terapeuta di comprendere e condividere la sofferenza gli consentono “di fare propri gli interessi del paziente” (Ferenczi, 1919), il che non è da intendersi come atteggiamento spontaneo, amichevole o simili, potrà avere con il paziente un atteggiamento diverso, scevro da autoritarismi di tipo genitoriale, consentendo a quest’ultimo di trovare un vissuto relazionale di tipo nuovo.