

# La esperienza emozionale correttiva (1946)

**Franz Alexander**

([\*Psicoterapia e Scienze Umane\*](#), 1993, XXVII, 2: 85-101)

---

---

## Introduzione di Paolo Migone, psichiatra psicoanalista.

Col titolo "La esperienza emozionale correttiva" vengono qui tradotti i capitoli 2, 4 e 17 ("The development of psychoanalytic therapy", pp. 13-24; "The principle of corrective emotional experience", pp. 66-70; "Conclusions and outlook", pp. 338-341) del classico libro di Franz Alexander, Thomas M. French e collaboratori, *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application* (New York: Ronald Press, 1946). Tutti e tre i capitoli sono stati scritti da Franz Alexander (gli altri collaboratori del libro sono Catherine Lillie Bacon, Therese Benedeck, Rudolf A. Fuerst, Margaret Wilson Gerard, Roy Richard Grinker, Martin Grotjahn, Adelaide McFadyen Johnson, Helen Vincent McLean, e Edoardo Weiss).

Franz Alexander (1891-1964) è stato uno dei principali psicoanalisti cosiddetti "di seconda generazione", e durante il suo training psicoanalitico, che avvenne a Berlino, ebbe vari contatti con Freud. Come si vede anche da questo libro, era un autore indipendente, che non aveva alcun timore di andare contro l'ortodossia. I suoi interessi erano vastissimi, e non è possibile qui elencare tutti i suoi contributi (basti ricordare la sua ricca attività di ricerca nel campo della psicosomatica, che lo rese molto noto). Era la figura guida di quella che poi verrà chiamata la "scuola di Chicago", caratterizzata dalla importanza data al rapporto emotivo, piuttosto che all'*insight* intellettuale, come principale fattore curativo in psicoanalisi. Non è certo stata una coincidenza che, una generazione dopo, la scuola di Chicago abbia prodotto una figura come Heinz Kohut (1913-1981) e la sua la "Psicologia del Sé". Anche Sandor Ferenczi (1873-1933), giustamente citato da Alexander in questo libro, sottolineò l'importanza del rapporto emozionale, ed è per questo che si parla di un filo rosso che lega la "scuola ungherese" (o "scuola di Budapest"), di cui Ferenczi fu il massimo esponente, alla scuola di Chicago (ma se la controversa figura di Ferenczi negli ultimi decenni è stata definitivamente riabilitata dalla psicoanalisi ufficiale, non si può dire la stessa cosa di Alexander, ed è possibile che ciò sia dovuto anche alla sua maggiore vicinanza a noi). Anche Alexander, tra l'altro, era originario di Budapest (come Balint, un altro importante pioniere che esplorò il ruolo del fattore relazionale in analisi - tanti altri analisti di origine ungherese potrebbero essere qui citati, si pensi solo a un Gedo, che scelse di trasferirsi a Chicago proprio per l'attrazione che allora esercitava Alexander, dove divenne uno dei primi e più stretti collaboratori di Kohut, per poi perseguire una propria linea di ricerca [Gedo J.E., *Al di là dell'interpretazione* (1979). Roma: Astrolabio, 1986; vedi anche Migone P., *Monografia: John E. Gedo. Psicoterapia e Scienze Umane*, 1985, XIX, 4: 89-102]).

Le posizioni di Alexander esposte in questo libro furono oggetto di un acceso dibattito critico all'interno della psicoanalisi classica, di cui una delle voci più autorevoli fu quella di Kurt R. Eissler con l'articolo del 1950 "Il *Chicago Institute of Psychoanalysis* e il sesto periodo dello sviluppo della tecnica psicoanalitica" (*Psicoterapia e scienze umane*, 1984, XVIII, 3: 5-33 [I parte], e 4: 5-35 [II parte]), che viene qui pubblicato come commento critico alle posizioni di Alexander.

La scelta dei tre capitoli è di Paolo Migone, come pure la traduzione, che è stata originariamente pubblicata, col titolo "La esperienza emozionale correttiva", sulla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2: 85-101 (dove uscì con un commento di J.E. Gedo). Ringraziamo la rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* e la casa editrice Franco Angeli per il permesso di pubblicazione su *PSYCHOMEDIA*.

---

# La esperienza emozionale correttiva

(capitoli 2, 4 e 17 del libro di Franz Alexander, Thomas M. French *et al.*,  
*Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press, 1946)

**Franz Alexander**

---

## Capitolo 2: Lo sviluppo della terapia psicoanalitica

Prima di entrare in una discussione dettagliata del nostro nuovo orientamento terapeutico, tornerò su alcune sperimentazioni psicoanalitiche del passato che hanno condotto alle attuali tecniche più flessibili. Sigmund Freud, il fondatore della psicoanalisi, fu uno dei più grandi sperimentatori di tutti i tempi. Egli sottopose ogni formulazione al test della nuova esperienza col risultato che alcune sue teorie originali subirono importanti cambiamenti. Una rassegna dello sviluppo della cosiddetta tecnica psicoanalitica standard mostrerà il carattere sempre in evoluzione del suo lavoro, in cui possono essere differenziate cinque fasi distinte.

### *Primo periodo: la ipnosi catartica*

Quando incominciò l'approccio psicoterapeutico a pazienti con disturbi emotivi, Freud era un medico e un neurologo. Il trattamento medico riconosciuto a quel tempo consisteva o nel somministrare farmaci o nell'eseguire operazioni chirurgiche. La terapia allora era (e spesso ancora è) considerata una procedura in cui il medico "fa qualcosa al" paziente - il classico esempio è una operazione chirurgica con la quale viene asportato un corpo estraneo o un organo malato. Una simile procedura è somministrare un emetico o un catartico che nel corpo provoca un processo drastico che porta alla guarigione; oppure praticare una iniezione, come nella chemioterapia, con la quale viene sterminato il microorganismo invasivo. Ciascuna di queste procedure mediche è una procedura circoscritta, un atto terapeutico che può o non può dover essere ripetuto per provocare l'effetto desiderato.

Il metodo psicoterapeutico inizialmente sviluppato da Freud, in collaborazione con Breuer, fu la *ipnosi catartica*. Come mostra persino il nome, l'ipnosi catartica fu considerata anche una *performance* drammatica ad atto unico, in cui il paziente si liberava di un corpo estraneo spirituale - i suoi ricordi traumatici rimossi e le emozioni accumulate. Nell'ipnosi l'Io non abbandonava solo il controllo sulle emozioni, ma anche la funzione dell'esame di realtà. Al paziente ipnotizzato venivano fatte domande allo scopo di smascherare l'origine dei suoi sintomi e di permettergli di scaricare i suoi sentimenti rimossi. Questa scarica emozionale era considerata di grande valore terapeutico e il metodo fu quindi chiamato "catartico". Breuer e Freud presto videro, comunque, che la semplice scarica di emozioni non guariva il paziente e che la procedura ipnotica doveva essere ripetuta molte volte per ottenere dei risultati.

Usando questo metodo, Freud fece tre importanti scoperte: 1) i sintomi isterici hanno la loro origine in disturbi emotivi del passato; 2) questi disturbi emotivi possono subire una completa rimozione dalla coscienza; 3) sebbene la scarica di emozioni rimosse in ipnosi (abreazione) dia un sollievo temporaneo, non ha in se stessa un effetto terapeutico duraturo. Questo insight nella causa e nello sviluppo dei sintomi isterici lo indusse a cercare tecniche terapeutiche che producessero risultati più stabili. Ipotizzò che dato che in ipnosi il paziente è capace di esprimere le sue emozioni solo perché la sua personalità conscia - o più precisamente la sua facoltà critica - è temporaneamente eliminata, il vero compito terapeutico deve consistere nel rendere la personalità conscia capace di far fronte a quelle emozioni che erano così intollerabili che avevano dovuto essere represses. Persino una ripetizione della esperienza

ipnotica non migliora la capacità dell'Io di far fronte alle emozioni rimosse, dato che in ipnosi l'Io, in un certo senso, non c'è. Il suo problema, quindi, era quello di trovare un metodo col quale il paziente trattenesse le piene funzioni della sua mente coscia e nel contempo potesse essere indotto a far fronte a ciò che viene ripudiato.

### ***Secondo periodo: la suggestione in stato di veglia***

Il passo successivo fu un esperimento con la *suggestione in stato di veglia*. Questo può essere considerato il secondo periodo del percorso scientifico di Freud. Freud imponeva le sue mani sulla fronte del paziente e lo assicurava che se tentava avrebbe ricordato il passato. Nella storia della psicoanalisi questo periodo fu quello più breve. E' difficile stabilire precisamente quanto durò. incominciò dopo il 1895 e fu abbandonato prima del 1899 quando fu completata la analisi di Dora (Freud, 1901). E' certo, comunque, che dopo un periodo relativamente breve Freud imparò che con la sola suggestione non poteva costringere i pazienti a ricordare quegli eventi traumatici che avevano portato alla condizione nevrotica, a far fronte in se stessi a quello che non avevano osato riconoscere prima. Come risultato, di questa fase nella procedura terapeutica rimase la traccia minore.

### ***Terzo periodo: le associazioni libere***

Essendosi convinto della futilità di un attacco frontale, Freud ora sviluppò una nuova strategia - il metodo delle *associazioni libere*. Nelle associazioni libere, Freud trovò un modo di sbloccare la mente inconscia del paziente mentre veniva mantenuta la consapevolezza. Al paziente veniva richiesto di dire qualunque cosa entrasse nella sua mente senza esercitare alcuna selezione conscia o applicare ogni logica al treno dei pensieri. Quello che il paziente esprimeva era tratto, quindi, dall'intera gamma delle sue esperienze di vita - dai suoi pensieri e sentimenti, fantasie e sogni, di passato e presente. I sogni divennero una importante fonte di materiale inconscio, non solo per il loro contenuto ma anche per il treno di associazioni che essi stimolavano. Veniva così permesso ai sentimenti rimossi di venire in superficie in modo indiretto. Il principale interesse di Freud in quel periodo rimaneva incentrato sulla ricostruzione del passato patogeno. Egli sperava e si aspettava che, mentre il paziente nelle sue interviste quotidiane dava espressione al suo incontrollato treno di pensieri, gradualmente avrebbe - quasi a dispetto di se stesso - ricordato gli eventi del passato che lo avevano fatto ammalare. Freud cercò di eliminare la difesa conscia del paziente contro le sue emozioni rimosse con quella che chiamò la "regola di base" - precisamente, che il paziente rivelasse ogni cosa che gli veniva in mente durante l'intervista, sia che fosse dolorosa o imbarazzante o apparentemente irrilevante.

Le associazioni libere così furono usate come un sostituto per la memoria diretta dell'ipnosi. Nell'ipnosi, comunque, il ricordo di eventi rimossi non fu usato solo per ricostruire l'eziologia ma anche per scaricare quelle emozioni che erano collegate alle esperienze traumatiche del passato. Quando sostituì l'ipnosi con le associazioni libere, Freud dava ancora una importanza terapeutica alla scarica emotiva. Si aspettava che il paziente gradualmente ricordasse il passato e, nello stesso tempo, si liberasse dei sentimenti rimossi associati col doloroso passato. Le associazioni libere differivano dall'ipnosi catartica in quanto i ricordi e la scarica emotiva del paziente avevano luogo in piccole quantità in un lungo periodo, piuttosto che nella più drammatica seduta ipnotica.

A quel tempo, Freud non vedeva chiaramente, come avrebbe visto dopo, che il reale problema terapeutico non era semplicemente far ricordare al paziente un trauma e scaricare quelle emozioni ad esso collegate, ma piuttosto produrre certi cambiamenti permanenti nell'Io che lo avrebbero reso capace di ricordare eventi dolorosi e far fronte a quelle costellazioni emotive che precedentemente erano state intollerabili. Senza affermarlo esplicitamente, era questo

quello di cui lui doveva essersi reso conto. Una delle sue ragioni per abbandonare l'ipnosi era, certamente, che non tutti possono essere ipnotizzati; troviamo comunque indicazioni che egli intuì anche che la resistenza dell'Io doveva essere elaborata provocando un cambiamento permanente nell'Io, non rendendolo semplicemente privo di difese tramite l'ipnosi.

#### ***Quarto periodo: la nevrosi di transfert***

E' nel resoconto del caso Dora, pubblicato nel 1905 ma completato nel 1899, che Freud dà la prima descrizione del *transfert* - la sua più importante scoperta - che fornisce lo strumento più potente fin'ora trovato per superare la resistenza del paziente a far fronte a esperienze emotive disturbanti. In questo trattamento egli era ancora ben lontano dal riconoscere il pieno significato terapeutico del fenomeno del transfert con tutte le sue implicazioni tecniche. Da quel momento in poi, comunque, si può osservare uno sviluppo coerente. Dopo questa scoperta, la ricerca dei ricordi - cioè la ricostruzione intellettuale della storia della vita del paziente - lasciò sempre più spazio all'utilizzo, a scopi terapeutici, degli atteggiamenti emotivi sviluppati dal paziente verso il terapeuta durante l'analisi. La gestione delle manifestazioni transferali e la resistenza del paziente gradualmente divennero il fulcro della terapia. La reazione emotiva del paziente verso l'analista fu chiamata da Freud "transfert" perché vide che il paziente trasferiva sull'analista i comportamenti nevrotici basati su esperienze passate, e che il paziente ora aveva verso il terapeuta gli stessi sentimenti e conflitti che aveva avuto nell'infanzia verso qualche figura di autorità. Freud chiamò *nevrosi di transfert* [Nota: L'espressione "nevrosi di transfert" fu usata da Freud anche con un diverso significato, riferendosi a certi tipi di nevrosi come l'isteria, in contrasto con le "nevrosi narcisistiche" come la schizofrenia e le condizioni maniaco-depressive. Non è in questa accezione che l'espressione qui viene usata.] questo rivivere il passato nevrotico nel rapporto col terapeuta sotto la forma di una nevrosi sperimentale del presente. La nevrosi di transfert è una riedizione più lieve della nevrosi della vita reale del paziente, dalla quale viene guarito passo dopo passo in analisi.

Nel fenomeno transferale, Freud riconobbe lo stesso principio così ben conosciuto in immunologia: l'organismo, ricevendo l'iniezione di piccole quantità di tossine o batteri, sviluppa difese contro di essi; questi anticorpi rendono l'organismo capace di proteggersi contro l'invasione delle tossine e dei batteri originari quando viene riesposto all'infezione. Nella nevrosi di transfert, il paziente impara a far fronte a piccole quantità delle stesse tensioni emotive che lui non poté padroneggiare nel passato e contro le quali poté difendersi solo con la rimozione, escludendo dalla coscienza le emozioni intollerabili. Dopo che Freud si rese conto che tutte le modalità emotive profondamente radicate del paziente, l'intero nucleo infantile della sua personalità, a poco a poco si esprimevano liberamente durante la terapia mentre venivano superate le difese contro di esse, la nevrosi di transfert come rimessa in atto dinamica del passato patogeno divenne la base della moderna terapia psicoanalitica.

Più tardi, come vedremo, la analisi del transfert trasformò la terapia in un metodico training dell'Io, rendendo il paziente gradualmente capace di far fronte alle situazioni psicologiche conflittuali che prima aveva evitato a causa di esperienze traumatiche. Sebbene entrambi i principi - la vecchia ricostruzione eziologica del passato, e la più nuova analisi delle manifestazioni transferali - continuarono a rimanere validi l'uno accanto all'altro nella teoria e nella pratica, il loro rapporto reciproco per molto tempo non fu pienamente chiarito.

#### ***Quinto periodo: la rieducazione emotiva***

Dopo la scoperta di Freud del significato del transfert, occorsero circa 15 anni alla terapia psicoanalitica per emanciparsi dalle formulazioni basate sul dramma ad atto unico, l'ipnosi catartica, e trasformarsi in una procedura mirata a raggiungere cambiamenti permanenti nella

capacità funzionale dell'Io con un training emotivo in lenta progressione - più un processo educativo che una terapia nel senso originario. Questa trasformazione non è ancora completa. La tecnica standard di oggi, e particolarmente il modo con cui concepiamo la terapia, mostra ancora molte caratteristiche che appartengono alle fasi precedenti. Lo scopo principale di questo libro è quello di accelerare questa trasformazione e di favorire lo sviluppo di forme di psicoterapia più appropriate.

*L'arena della psicoterapia.* Alcuni analisti lavorano ancora credendo che il processo curativo abbia luogo principalmente sul lettino, con l'analista che con le sue interpretazioni compie un "atto terapeutico" sul paziente. Essi non hanno ancora compreso pienamente il significato del fatto che la terapia psicoanalitica è solo una parte dello sviluppo dell'Io del paziente. Questa presunzione che il processo terapeutico sia confinato al lettino è soprattutto un acritico residuo dal passato. Ogni terapeuta ben preparato psicodinamicamente, se dovesse seriamente tentare di comprendere il significato terapeutico degli eventi nella vita quotidiana del paziente, concorderebbe che sotto l'influenza delle esperienze emotive ed intellettuali sul lettino, il paziente diventa capace di avere esperienze positive nella vita - al lavoro coi colleghi, superiori ed inferiori; con sua moglie o amante; coi suoi bambini - e che i progressi terapeutici in parte derivano da queste esperienze di vita.

Sebbene siamo ancora influenzati dagli imponenti eventi curativi delle sedute ipnotiche, il buon senso richiede che ogni valido terapeuta riconosca l'effetto della vita quotidiana del paziente e, se assolutamente necessario, interferisca su di essa. Molti terapeuti, comunque, considerano un "compromesso pratico" e non una parte desiderabile del trattamento offrire direttive al paziente riguardo alla sua vita quotidiana. Di conseguenza, si è sviluppato un atteggiamento scisso: come terapeuta scientificamente formato, l'analista sente che dovrebbe centrare la sua intera attenzione sulle sedute; come uomo di buon senso, sa che in una certa misura dovrebbe guidare le attività quotidiane del paziente. L'errore comune sta nel non rendere questa guida una parte integrante dell'intero trattamento. Le sedute analitiche possono essere considerate agenti catalitici, che accelerano e rendono possibili nuove relazioni ed esperienze. L'influenza sull'Io di queste esperienze quotidiane è tanto grande e spesso molto più grande di quella delle sedute. Avere il coraggio delle proprie convinzioni e parlare in analisi per la prima volta può essere l'inizio di un profondo cambiamento nella capacità di un paziente di esprimere una assertività che era stata inibita nella prima infanzia da una atmosfera familiare oppressiva. Sebbene questo diventi possibile solo attraverso l'esperienza delle sedute analitiche e venga dopo la prima azione assertiva riuscita del paziente nei confronti dell'analista, l'influenza terapeutica di una tale esperienza reale è molto maggiore di quella delle stesse sedute, che sono solo un "gioco d'ombre" ("*shadow play*") della vita reale.

Le conseguenze pratiche della presunzione che il processo terapeutico sia confinato alle sedute sono enormi. Questa presunzione è responsabile di molte terapie ingiustificatamente prolungate, della inutile insistenza sulle sedute quotidiane quando possono essere sufficienti o preferibili sedute settimanali. E' responsabile della nostra paura di interrompere la terapia, persino al momento giusto. E' responsabile della nostra incapacità a chiarire una delle più generali esperienze della terapia analitica - il misterioso miglioramento post-analitico. Questa presunzione è anche responsabile del fatto che non riconosciamo quelle fasi in psicoanalisi in cui le sedute quotidiane diventano dannose alla terapia, dando al paziente una scusa per evitare esperienze nella vita e per sostituirle con le tranquille esperienze delle sedute analitiche.

*Significato del recupero dei ricordi.* La credenza che il recupero dei ricordi sia, in se stesso, uno dei più importanti fattori curativi è ancora mantenuta da molti psicoanalisti, e in un certo senso può essere considerata un residuo del periodo dell'ipnosi catartica. La persistente enfasi sulla ricostruzione intellettuale dei vuoti di memoria probabilmente deriva dal periodo

relativamente breve della suggestione in stato di veglia; ma fu l'importanza ancora maggiore data alla comprensione intellettuale del passato durante la fase delle associazioni libere quella che rese il trattamento psicoanalitico quasi sinonimo di ricerca genetica. Come risultato, il riempire i vuoti di memoria si cristallizzò come lo scopo terapeutico della psicoanalisi. Questa importanza esagerata ha ostacolato a lungo sia la comprensione del motivo per cui i pazienti ricordano eventi rimossi, che la corretta valutazione del loro significato terapeutico. Fu solo nel 1930 che fu dimostrato che il recupero dei ricordi non è la causa del progresso terapeutico ma il suo risultato, e che il ricordo di memorie infantili rimosse avviene, di regola, solo dopo che lo stesso tipo di costellazione emotiva è stata sperimentata e padroneggiata nella situazione transferale (Alexander, 1930).

Tutte le rimozioni seguono la modalità stabilita dal bambino quando per la prima volta rimosse emozioni dolorose a cui il suo Io debole e inesperto non poteva far fronte. Le emozioni rimosse di recente sono recuperate più facilmente del corrispondente materiale infantile. Quando il paziente ha imparato ad accettare materiale rimosso di recente che è stato portato alla coscienza all'interno della relazione transferale, il suo Io diventa più permeabile e capace di recuperare memorie precedenti della stessa tonalità affettiva che ora il suo Io maturo può affrontare. Il reale progresso terapeutico consiste nel padroneggiamento riuscito da parte del paziente, nella relazione transferale, di un conflitto emotivo precedentemente intollerabile. Il ricordo dell'esperienza traumatica originaria può essere considerato un indicatore di progresso. Il fatto che il paziente possa ora ricordare qualcosa che prima non poteva, mostra semplicemente che la capacità del suo Io di far fronte a certi tipi di costellazioni emotive intollerabili è aumentata durante il trattamento. Come notato prima, questa non è altro che una elaborazione di una breve osservazione di Freud:

"Dalle reazioni di ripetizione che sono mostrate nel transfert, le tracce familiari riportano al risveglio dei ricordi, che si producono senza difficoltà dopo che le resistenze sono state superate" (Freud S., *Collected Papers*, Vol. II, p. 375. London: Hogarth Press, 1924).

E' un peccato che questa isolata osservazione di Freud non sia stata elaborata da noi prima e in maggior dettaglio, con tutte le sue conseguenze significative per la terapia. Il recupero dei ricordi non è solo un barometro di progresso indicante la aumentata capacità dell'Io di far fronte a situazioni emotive rimosse; ha l'addizionale valore terapeutico di aiutare il paziente ad imparare a discriminare tra la situazione passata e quella presente. Per esempio, supponiamo che le precoci manifestazioni di aggressività di un paziente siano state intimidite da un padre che richiedeva completa sottomissione dal figlio. Come risultato (seguendo il principio della "diffusione" o della generalizzazione delle reazioni emotive) il paziente è diventato inibito in tutte le situazioni in cui ha di fronte una figura di autorità. Rimettendo in atto le reazioni emotive passate verso il padre, rendiamo il paziente capace di sviluppare la capacità di differenziare tra la situazione originaria infantile e quella attuale. Allora si renderà conto che non è più così indifeso e che può permettersi di resistere agli atteggiamenti oppressivi degli altri.

I principali poteri curativi di questo trattamento, comunque, stanno nel fatto che egli può esprimere la sua aggressività verso il terapeuta senza essere punito, e può essere assertivo senza essere criticato. La esperienza reale è necessaria prima che il paziente raggiunga la percezione emotiva che lui non è più un bambino di fronte ad un padre onnipotente. Chiamiamo "esperienza emozionale correttiva" questo tipo di esperienza emotiva che avviene durante la terapia, e la consideriamo il più importante fattore in tutti i tipi di terapia espressiva.

Non è necessario - né possibile - durante il corso della terapia ricordare *ogni* sentimento che è stato rimosso. Risultati terapeutici possono essere raggiunti senza che il paziente ricordi tutti i

dettagli importanti della vita passata; di fatto, buoni risultati terapeutici sono stati raggiunti in casi in cui non è stato portato in superficie neanche un solo ricordo dimenticato. Ferenczi & Rank (1924) furono tra i primi a riconoscere questo principio e ad applicarlo in terapia. Comunque, la precedente credenza che il paziente "soffre di reminiscenze" è penetrata così profondamente nella mente degli analisti che persino oggi per molti è difficile riconoscere che il paziente soffre non tanto per le sue reminiscenze, quanto per l'incapacità a far fronte ai problemi reali del momento. Gli eventi passati hanno naturalmente preparato la strada per le sue difficoltà attuali, ma se è per questo tutte le nostre reazioni dipendono da comportamenti passati. Il semplice ricordo di un evento intimidatorio o demoralizzante non cambia l'effetto di tale esperienza. Solo una 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. Una ricostruzione genetica del passato è meno importante per il paziente che per l'analista, al quale è essenziale perché solo alla luce del passato sarà capace di comprendere e interpretare il significato del comportamento transferale del paziente. E' su questa comprensione che basa il suo trattamento e aiuta il paziente a essere più felice nella vita.

### ***Conclusioni***

Ho fatto questo breve panorama della storia dei principi psicoanalitici di base per mostrare lo sviluppo logico del nostro approccio flessibile ai problemi psichiatrici. Non è assolutamente una sintesi completa della storia della psicoanalisi da Freud a oggi. Se lo fosse, molti più nomi avrebbero dovuto essere inclusi per mostrare la loro influenza sulla crescita di questa disciplina.

In una prospettiva storica, il nostro lavoro è una continuazione e una messa in pratica delle idee proposte inizialmente da Ferenczi & Rank (1924). Essi sostenevano che la esperienza emozionale è più importante della comprensione intellettuale delle origini dei sintomi del paziente. Ritenevano che l'esperienza emozionale dovesse rimpiazzare la ricerca dei ricordi e della ricostruzione intellettuale. Nello stesso tempo, stabilendo una data per la fine della terapia, proposero un'altra differenza radicale dalla procedura standard. Anche a questo riguardo, senza saperlo si muovevano nella direzione giusta; sfortunatamente, non trassero le corrette conclusioni tecniche (per quanto riguarda la fine della terapia) dalla loro giusta valutazione della psicoanalisi come un tipo di rieducazione emotiva. La fine forzata della terapia non era un metodo che potesse essere usato con successo nella maggioranza dei casi e, a causa di questa errata generalizzazione tecnica, tanti validi contributi di Ferenczi & Rank non trovarono un adeguato riconoscimento.

Il più breve dei panorami storici sarebbe incompleto senza menzionare il lavoro di Jung e Adler, entrambi collaboratori di Freud nei primi giorni della psicoanalisi. Ognuno sviluppò una scuola propria e ognuno produsse noti contributi sia alla teoria psicodinamica che alle tecniche psicoterapeutiche basate su principi psicodinamici che sarebbe interessante discutere se non vi fossero limiti di spazio. Una revisione della letteratura della terapia psicoanalitica dell'ultimo decennio rivelerebbe una grande quantità di idee e di osservazioni simili nella direzione delle vedute espresse in questo nostro libro. Tra i contributi più recenti, un lavoro che si avvicina al nostro orientamento è quello di Oberndorf (1942). Dare qualcosa che assomigli a un resoconto adeguato del lavoro recente in questo campo andrebbe al di là dei limiti che ci siamo imposti. Lo scopo di questo breve panorama è stato semplicemente quello di ricordare le tendenze principali dello sviluppo della terapia psicoanalitica dalla primitiva tecnica dell'ipnosi catartica ad oggi, e di mostrare che il nostro principale contributo alla crescita della psicoterapia è un ritorno da un pensiero stereotipato alla sperimentazione.

---

#### Capitolo 4: Il principio della esperienza emozionale correttiva

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 potè affrontare nel passato. Il paziente, per essere aiutato, deve passare attraverso una esperienza emozionale correttiva adatta per riparare l'influenza traumatica di esperienze precedenti. E' di importanza secondaria se questa esperienza correttiva ha luogo durante il trattamento nella relazione transferale, o parallelamente alla terapia nella vita quotidiana del paziente.

Il più semplice esempio di una tale esperienza correttiva è offerto dalla procedura della narcosintesi. Il paziente nella narcosi rivive nella fantasia i pericoli del combattimento che lui nella realtà era stato emotivamente incapace di padroneggiare. Siccome la narcosi e la presenza del terapeuta di cui si fida riducono la sua ansia, il paziente diventa più capace di far fronte alla situazione a cui aveva dovuto soccombere.

Il carattere della relazione transferale è unico in quanto il paziente ha l'opportunità di mostrare una grande varietà di modalità comportamentali. E' importante rendersi conto che in questa relazione diventa possibile padroneggiare un conflitto irrisolto, non solo perché il conflitto transferale è meno intenso di quello originario, ma anche perché l'analista assume un atteggiamento diverso da quello che il genitore aveva assunto verso il bambino nella situazione conflittuale originaria. Mentre il paziente continua ad agire secondo modalità transferali non più attuali, le reazioni dell'analista si conformano strettamente alla situazione terapeutica reale. Ciò rende l'arena terapeutica come un incontro di pugilato in cui il paziente si scontra con un gioco d'ombre (*one-sided shadow-boxing*), e così il terapeuta ha l'opportunità di aiutare il paziente sia a vedere intellettualmente che a *sentire* la irrazionalità delle sue reazioni emotive. Nello stesso tempo, l'atteggiamento obiettivo e comprensivo dell'analista permette al paziente di gestire diversamente le sue reazioni emotive e di compiere nuove assestamenti del vecchio problema. La vecchia modalità era un tentativo adattivo da parte del bambino nei confronti del comportamento genitoriale. Quando un collegamento (la risposta genitoriale) in questa relazione interpersonale è cambiato attraverso lo strumento della persona del terapeuta, la reazione del paziente diventa priva di senso. Nella formulazione della dinamica della terapia, la tendenza tradizionale è quella di sottolineare la ripetizione del vecchio conflitto nella relazione transferale e la somiglianza della vecchia situazione conflittuale con la situazione transferale. Il significato terapeutico delle *differenze* tra l'originaria situazione conflittuale e l'attuale situazione terapeutica è spesso sottovalutato. E proprio in questa differenza sta il segreto del valore terapeutico del procedimento analitico. Dato che l'atteggiamento del terapeuta è diverso da quello della figura di autorità del passato, egli dà al paziente una opportunità di far fronte ripetute volte, sotto circostanze più favorevoli, a quelle situazioni emotive che erano precedentemente intollerabili e di gestirle in un modo diverso da quello precedente.

Ciò può essere ottenuto solo tramite esperienze reali nella relazione del paziente col terapeuta; l'insight intellettuale da solo non basta. E' comunque indispensabile che il terapeuta abbia una chiara comprensione dello sviluppo genetico delle difficoltà emotive del paziente in modo da poter ricreare le situazioni conflittuali originarie dalle quali il paziente si era ritirato. La comprensione intellettuale del passato da parte del paziente ha solo un significato accessorio. Più il terapeuta comprende con precisione la dinamica ed è così capace di riattivare gli atteggiamenti precedenti, più adeguatamente egli può fornire, col suo proprio atteggiamento, le nuove esperienze necessarie per produrre risultati terapeutici.

Un terapeuta completamente neutrale non esiste nella realtà, né sarebbe desiderabile. Mentre è necessario che il terapeuta mantenga un atteggiamento sempre obiettivo e supportivo, all'interno di questo atteggiamento è possibile una grande varietà di risposte al paziente.



Reazioni spontanee agli atteggiamenti del paziente spesso non sono desiderabili per la terapia, dato che possono ripetere la impazienza o la sollecitudine dei genitori che causarono la nevrosi, e non possono quindi costituire la esperienza correttiva necessaria per la guarigione.

### *Il caso di Jean Valjean*

Ogni lettore conosce il classico esempio di una esperienza emozionale correttiva ne *I miserabili* di Victor Hugo (1862). Nel resoconto della conversione di Jean Valjean, Hugo anticipò il principio fondamentale di ogni psicoterapia che mira a stabilire un profondo cambiamento nella personalità del paziente. Si ricorderà che Jean Valjean, l'ex carcerato, subì un drammatico cambiamento di personalità a causa della straordinaria e inaspettata gentilezza del vescovo che aveva tentato di derubare. Mentre era ancora stordito per essere stato trattato per la prima volta in vita sua meglio di quanto si meritava, Valjean incontrò il piccolo Gervasino che suonava un organetto a manovella in strada. Quando la moneta da due franchi del piccolo cadde a terra, l'ex carcerato mise il piede sulla moneta e si rifiutò di restituirla. Sebbene il bambino piangesse e supplicasse disperatamente, Valjean rimase come pietrificato. In uno stato mentale paralizzato e totalmente confuso, era incapace di togliere il piede dalla moneta. Solo dopo che Gervasino se ne andò disperato, Valjean si risvegliò dal suo torpore. Corse dietro al ragazzo in uno sforzo frenetico di rendere buono il suo gesto cattivo, ma non lo poté trovare. Questo fu l'inizio della sua conversione. Hugo (1862) scrive:

Sentiva indistintamente che il perdono di quel prete era il più forte assalto ed il più formidabile attacco dal quale fosse mai stato scosso; sentiva che, s'egli avesse resistito a quella clemenza, il suo indurimento sarebbe stato definitivo e che, se avesse ceduto, gli sarebbe occorso rinunciare a quell'odio del quale gli atti degli altri uomini avevano saturato l'animo suo da tanti anni e di cui si compiaceva; che stavolta bisognava vincere o esser vinto, e che la lotta, colossale e decisiva, era impegnata fra la malvagità e la bontà del suo animo (p. 106). (...) Era certo, non metteva in dubbio che non era più lo stesso uomo, che tutto era cambiato in lui e non era in suo potere d'impedire che il vescovo gli avesse parlato e lo avesse toccato (p. 107). [La traduzione dei brani tratti da *Les Misérables* di Victor Hugo non è dal testo inglese di Alexander, ma è quella integrale dal francese di Renato Colantuoni pubblicata da U. Mursia & C., Milano, 1958-1970. La numerazione delle pagine da cui sono tratte le citazioni invece è quella della edizione Garzanti, Milano, 1975, Vol. I (N.d.T.)]

Jean Valjean non sapeva perché aveva derubato il ragazzo. Ma chiaramente si chiedeva:

...se d'allora in poi non fosse stato il migliore degli uomini, sarebbe stato il peggiore? Che bisognava, per così dire, ch'egli salisse ora più in alto del vescovo o ricadesse più in basso del galeotto, e se voleva diventare buono, bisognava fosse un angelo come, se voleva restar malvagio, doveva diventar un mostro? (p. 106)

Qui l'autore interrompe la sua drammatica narrazione ed entra in una discussione psicodinamica dei processi emotivi di Valjean in un tentativo di spiegare la sua improvvisa conversione.

*La percezione dinamica di Hugo.* Se non fosse per l'episodio con Gervasino e la spiegazione psicologica di Hugo dello stato emotivo di Valjean, la storia della conversione di Valjean non meriterebbe la nostra attenzione. La scena col vescovo che mostra l'effetto della gentilezza su sfortunati e maltrattati paria non è affatto nuova. L'incontro col ragazzo, comunque, mostra non solo che Hugo indistintamente capì la metamorfosi emotiva ma anche che gli era familiare il processo dinamico in tutti i suoi dettagli. Hugo ci mostra esplicitamente - e oggi non potrebbe essere data una spiegazione migliore - perché Valjean si comportò in modo così crudele verso Gervasino, derubando l'indifeso ragazzo proprio dopo che era stato sopraffatto

dalla generosità del vescovo.

Per Hugo il concetto di equilibrio emotivo disturbato non era una semplice frase, ma una realtà psicologica pienamente compresa. Si chiese perché Valjean commise un atto così brutale proprio in quel momento e rispose con un'altra domanda:

Era forse un ultimo effetto, quasi un supremo sforzo dei cattivi pensieri portati via dal carcere, un avanzo d'impulso, un risultato di quella che in statica si chiama *forza acquisita*? (p. 107)

Hugo capì che l'azione del vescovo era un violento attacco al precario equilibrio emotivo di Valjean, che consisteva nell'essere crudele verso un mondo crudele, ed Hugo vide che Valjean in risposta dovette ristabilire il suo equilibrio in una vendicativa insistenza nell'essere cattivo. In questo, Hugo descrive una esperienza ben conosciuta in psicoanalisi: ogniqualvolta un sintomo o un atteggiamento nevrotico è attaccato dalla terapia, di solito avviene una recrudescenza del sintomo prima che il paziente sia capace di abbandonarlo del tutto. Lo psicoanalista esperto conosce questa tempesta prima della calma, questa esacerbazione della condizione morbosa che precede il miglioramento, e osserva con impaziente aspettativa la sua apparizione.

*Un modello di psicoterapia breve.* Potremmo chiederci come una esperienza favorevole possa annullare gli effetti cumulativi di maltrattamenti durati tutta una vita. Siamo giustificati, comunque, nell'assumere che Valjean, sebbene fosse un incallito criminale, aveva una coscienza che era resa inefficace solo dalle privazioni del suo sviluppo emotivo. Doveva convincersi del suo destino avverso per sentirsi libero di agire distruttivamente. Questo equilibrio fu disturbato dalla inaspettata e straordinaria gentilezza del vescovo.

La conversione di Valjean avvenne in poche ore; è un modello di psicoterapia breve. Questo capolavoro di analisi psicodinamica fu scritto nel 1862, circa 60 anni prima che Freud introducesse il concetto di Super-Io e la sua irresistibile influenza sul comportamento umano. Che la storia di Hugo non sia un puro frutto della fantasia è stato provato da molti esempi clinici. I resoconti di Aichhorn (1935) su pazienti delinquenti presentano simili episodi. Io stesso ho osservato su giovani delinquenti gli straordinari effetti del semplice fatto che l'atteggiamento del terapeuta non era critico e moralista ma piuttosto di un amico benevolo e supportivo. In alcuni pazienti, il marcato contrasto tra le reazioni autocritiche superegoiche proprie del paziente e il solo atteggiamento permissivo dell'analista può produrre profondi risultati, come si potrà notare nel materiale clinico esposto nella seconda parte del nostro libro (capitoli 9-16).

---

## Capitolo 17: Conclusioni e prospettive

Il lavoro esposto in questo volume è la continuazione logica di una tendenza in psicoterapia che cominciò con la scoperta da parte di Freud del fenomeno del transfert come agente dinamico del processo curativo. Detto più semplicemente, il principale risultato *terapeutico* del nostro lavoro è la conclusione che il paziente, per essere liberato dalle sue modalità nevrotiche di sentire ed agire, deve subire nuove esperienze emotive adatte a disfare gli effetti morbosi delle esperienze emotive della sua vita precedente. Altri fattori terapeutici - come l'insight intellettuale, l'abreazione, il ricordo del passato, ecc. - sono tutti subordinati a questo centrale principio terapeutico.

Riesperimentare il vecchio conflitto irrisolto *ma con una nuova conclusione* è il segreto di ogni penetrante risultato terapeutico. Solo la reale esperienza di una nuova soluzione nella

situazione transferale o nella vita quotidiana dà al paziente la convinzione che una nuova soluzione è *possibile* e lo induce ad abbandonare le vecchie modalità nevrotiche. Con la ripetizione, queste reazioni corrette gradualmente diventano automatiche; l'Io accetta i nuovi atteggiamenti e li integra nella personalità globale. E' così che si consolidano i risultati terapeutici.

Nella relazione paziente-terapeuta, il terapeuta ha una opportunità rara di fornire al paziente proprio quel tipo di esperienza correttiva di cui ha bisogno per guarire. E' una questione secondaria quale tecnica viene usata per produrla. La tecnica psicoanalitica *standard* è solo una - e non in tutti i casi la più adatta - delle molte possibili applicazioni dei principi psicodinamici fondamentali che possono essere utilizzati per questo tipo di training emotivo. Inoltre, ogni terapia che aumenta le funzioni integrative dell'Io (attraverso l'esposizione del paziente sotto circostanze più favorevoli a quei conflitti che prima sono stati affrontati con meccanismi di difesa nevrotici) dovrebbe essere chiamata psicoanalitica, sia che la sua durata sia una o due sedute, molte settimane o mesi, o molti anni.

Uno dei più significativi risultati *pratici* del nostro studio è il chiaro riconoscimento di certi precisi svantaggi in ogni procedimento standard. Proprio come un ceppo di batteri può adattarsi al farmaco usato per la sua eliminazione e diventare sulfamidico- o penicillino-resistente, così i meccanismi nevrotici spesso si adattano a una tecnica standardizzata e così la svuotano della sua efficacia terapeutica. Il risultato può essere una "interminabile" nevrosi di transfert in cui il paziente sostituisce il suo vecchio disturbo con una relazione nevrotica col terapeuta che gradualmente perde gran parte della sua sofferenza e mantiene principalmente una gratificazione morbosa - divenendo così un nuovo metodo per evadere quei problemi nella vita dai quali si era ritirato coi suoi sintomi nevrotici. Solo contrastando continuamente le tendenze regressive del paziente e cambiando la procedura standard può essere evitato questo rischio della tecnica psicoanalitica classica.

A questo proposito è importante ricordare che le nuove esperienze emozionali non sono confinate alla situazione terapeutica; fuori dalla terapia egli ha esperienze emozionali che lo influenzano profondamente. La esperienza emozionale correttiva all'interno della situazione transferale rende il paziente capace di tollerare o di fronteggiare con successo esperienze di vita cui era stato incapace di far fronte prima, e l'influenza del trattamento è essa stessa rinforzata da simili successi. Una appropriata coordinazione di esperienze extra- ed intra-terapeutiche è la base per determinare quando è utile un cambiamento nella frequenza delle sedute o una interruzione del trattamento. A una certa fase di ogni terapia sarà desiderabile che il paziente traduca in reali esperienze di vita, senza il supporto del terapeuta, le sue modalità di reazione acquisite in terapia. In tale fase una interruzione, lunga o breve, è indicata.

Tutto ciò può essere riassunto come *il principio della flessibilità nella terapia: l'applicazione della tecnica meglio adatta alla natura del caso* [A proposito di questo "principio della flessibilità", altrove (cap. 1, p. 6) Alexander afferma: "Tra queste modificazioni della tecnica standard vi sono: usare non solo il metodo delle associazioni libere ma interviste di tipo più diretto, manipolare la frequenza delle sedute, dar direttive al paziente riguardo alla sua vita quotidiana, utilizzare interruzioni di durata più o meno lunga in preparazione della fine della terapia, regolare la relazione transferale per venire incontro ai bisogni specifici del caso, e fare uso di esperienze di vita reale come parte integrante della terapia" (N.d.T.)]. Questo principio della flessibilità apre alla terapia psicoanalitica nuove possibilità di grande significato sociale.

Originariamente, la psichiatria aveva a che fare esclusivamente con il ricovero ospedaliero di casi avanzati di psicosi. Con la maggiore comprensione psicologica della natura dei disturbi mentali si sviluppò la pratica della psichiatria in studi privati e ambulatori. Questi casi, forme

ben diagnosticate di severe nevrosi croniche, erano pazienti ambulatoriali che continuavano a vivere nel loro solito ambiente durante una terapia prolungata di sedute quasi quotidiane. Ora possiamo estendere i confini della psicoterapia razionale per includere un numero ancor maggiore di persone disadattate, non solo molti severi nevrotici che sono stati incapaci di trarre profitto dalla tecnica standard (per insufficienza di tempo o denaro) ma anche quel gruppo ancor più grande - i nevrotici acuti, cronici moderati e iniziali. Come risultato della graduale estensione dei confini della psichiatria in generale, la comprensione della natura e dei metodi della psichiatria e del funzionamento della personalità umana sta diventando parte della cultura contemporanea. Le malattie mentali, che fino a poco tempo fa erano poco capite ed erano quindi un campo aperto a congetture e superstizioni, stanno gradualmente perdendo il loro stigma e portando a un più ragionevole punto di vista. Già sta diventando naturale nella vita quotidiana consultare uno psichiatra quando se ne presenta l'occasione, proprio come si consulterebbe ogni altro specialista, e ciò non deve più essere avvolto in un vergognoso segreto.

Lo sviluppo della batteriologia, la conoscenza dei germi che essi stessi combattono le malattie, divenne il fondamento dell'igiene pubblica e, prevenendo la decimazione periodica della popolazione con le epidemie, rese possibile la vita congesta in grandi città. L'uomo contemporaneo ora affronta un problema di dimensioni forse ancor maggiori: il problema della convivenza armoniosa in una civilizzazione altamente differenziata. La maggioranza dei disturbi mentali sono fallimenti dell'adattamento degli individui alla vita sociale - un adattamento che sta diventando sempre più difficile in questa era di transizione dove i valori e gli standard sociali cambiano così rapidamente. Un armonioso adattamento emotivo è così diventato un problema per la grande maggioranza della popolazione.

E' questa la funzione più vitale della psicoterapia: dare un aiuto razionale a tutti quelli che mostrano precoci segni di disadattamento. Un approccio flessibile, basato su solidi principi generali di psicodinamica e adattabile alla grande varietà di chi ne ha bisogno, è quindi una pressante necessità dei nostri giorni. Il progresso della psichiatria nel passato è stato caratterizzato dal graduale miglioramento degli ospedali psichiatrici. Questo nuovo sviluppo della tecnica psicoterapeutica troverà espressione nella creazione di centri di igiene mentale ambulatoriali dotati di personale qualificato dove il grande numero di casi al loro esordio - tutti coloro il cui equilibrio emotivo è stato alterato attraverso le complesse relazioni umane nella nostra fluida, sempre mutevole e altamente differenziata società - riceverà una razionale psicoterapia dinamica.

Noi crediamo e speriamo che questo nostro libro sia solo un inizio, che incoraggerà uno spirito libero e sperimentatore che farà uso di tutta quella dettagliata conoscenza che è stata accumulata negli ultimi 50 anni in questo vitale settore della scienza, lo studio della personalità umana, per sviluppare tecniche psicoterapeutiche ancor più economiche in termini di tempo e di sacrificio e ancor più adatte alla grande varietà dei bisogni umani.

---

## Bibliografia

Aichhorn A. (1925). *Verwahrloste Jugend*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. ingl.: *Wayward Youth*. New York: Viking Press, 1935; trad. it.: *Gioventù traviata*. Milano: Bompiani, 1950).

Alexander F. (1930). Zur Genese des Kastrationskomplexes. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1930, XVI Band (trad. inglese: Concerning the genesis of the castration complex. *Psychoanalytic Review*, 1935, XXII, 1).

Ferenczi S. & Rank O. (1924). *The Development of Psychoanalysis*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1925.

Freud S. (1895). Per la psicoterapia dell'isteria. In: Breuer J. & Freud S., Studi sull'isteria (1892-95). *Opere di Sigmund Freud*, 1: 394-439. Torino: Boringhieri, 1967.

Freud S. (1901). Frammento di un'analisi di isteria (Caso clinico di Dora). *Opere di Sigmund Freud*, 4: 301-402. Torino: Boringhieri, 1970.

Hugo V. (1862). *Les Misérables* (trad. it.: *I miserabili*. Milano: Mursia, 1958-1970).

Oberndorf C.P. (1942). Factors in psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98: 750.