

PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA PSICOANALISI (1924)*

Reciprocità tra teoria e prassi

Sándor Ferenczi

I. INTRODUZIONE¹

Com'è noto, il metodo psicoanalitico si è sviluppato nel corso di circa trent'anni, diventando, da semplice tecnica terapeutica applicata al trattamento di determinati disturbi nervosi, un edificio scientifico di vasta portata teorica che si è andato ingrandendo sempre più, fino a diventare una nuova concezione del mondo.

Ripercorrere una ad una le tappe di questa evoluzione studiando contemporaneamente l'azione reciproca del sistema terapeutico e della tecnica medica da un lato, dello sviluppo scientifico dall'altro, significherebbe niente di meno che scrivere il seguito della *Storia del movimento psicoanalitico*². Se ci addossassimo un tale compito, che oggi è peraltro impossibile assolvere, non potremmo fare a meno di toccare problemi che vanno al di là della psicoanalisi come tale, problemi che riguardano il rapporto tra i dati elaborati da una scienza e quella scienza stessa, e che sono di per sé estremamente complessi in quanto investono le basi di tutto il nostro sistema scientifico; problemi che divengono pressoché insolubili se riferiti alla psicoanalisi, che è una scienza ancora in divenire. Direttamente coinvolti nel processo quali rappresentanti dei due gruppi — di quello medico-terapeutico e di quello teorico-scientifico — non ci è facile arrivare a una visione obiettiva delle circostanze riguardanti il rapporto reciproco tra teoria e prassi. In effetti non si può negare che negli ultimi anni si sia verificato un crescente disorientamento

* S. Ferenczi, Otto Rank, *Die Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*, «Internat. Psychoanalytischer Verlag», Leipzig, Wien, Zurich, 1924. Il testo qui presentato, che riproduce i soli capitoli a firma di Ferenczi, è tratto da Sándor Ferenczi, *Fondamenti di psicoanalisi*, a cura di Glauco Carloni e Egon Molinari, 4 voll., Guaraldi, Rimini 1974, vol. III, pp. 175 – 193.

¹ Nell'introduzione del libro gli autori accennano solo al cap. II — scritto da Rank — e al III — scritto da Ferenczi. Ma la signora Ferenczi crede di ricordare che anche i cap. I e V siano in gran parte opera del marito; anche a noi infatti è parso di riconoscervi lo stile di Ferenczi. Essendo rimasta senza risposta una lettera in cui chiedevamo notizie in proposito al Dott. Rank, ci siamo infine decisi ad aggiungere qui anche i due suddetti capitoli (i curatori dell'ed. tedesca).

² Cfr. S. Freud, *Per la storia del movimento psicoanalitico* in Sigmund Freud, *Opere*, 11 voll., Boringhieri, Torino 1966 e sgg., vol. 7 [d'ora in poi OSF] [NdR].

degli analisti, specialmente in relazione alla questione tecnico-pratica. Contrariamente alla rapida crescita della teoria psicoanalitica, il momento tecnico-terapeutico, che pure della teoria aveva costituito il nucleo originale e successivamente lo sprone ad ogni significativo progresso, è stato vistosamente trascurato nella letteratura³. Ciò potrebbe far pensare che nel frattempo l'evoluzione della tecnica si sia arrestata, tanto più che Freud stesso è sempre stato notoriamente molto prudente su questo punto, e che da circa dieci anni, per esempio, non pubblica alcun lavoro di orientamento tecnico. I suoi pochi articoli di tecnica (raccolti nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, IV serie) sono stati per gli analisti che non si sono sottoposti all'analisi l'unica direttiva cui richiamarsi nella loro prassi terapeutica, anche se, per ammissione dello stesso Freud, si tratta di lavori non sempre soddisfacenti e in alcuni punti sorpassati dagli sviluppi successivi, in una parola bisognosi di revisione. Così si spiega come la maggioranza degli analisti, non avendo altra risorsa che lo studio dei testi, rimanessero troppo rigidamente attaccati a certe regole tecniche e non potessero trovare un legame coi progressi che la scienza psicoanalitica aveva compiuti nel frattempo.

Insoddisfatti di un tale stato di cose, ci siamo sentiti risospinti verso il lavoro pratico, cercando nel suo ambito le risorse per superare queste difficoltà. Trovammo così che anche le nostre capacità tecniche nel frattempo avevano compiuto progressi non indifferenti, progressi la cui comprensione piena e consapevole unita alla valutazione della loro portata, ci metteva in grado di estendere notevolmente il nostro sapere. Di fronte al bisogno generale di una chiarificazione, abbiamo infine sentito la necessità di comunicare queste nostre esperienze, cosa che riteniamo di fare nel modo più conveniente tentando per prima cosa di esporre il nostro modo attuale di esercitare e di intendere la psicoanalisi. Dopo di che, ma non prima, ci sarà possibile comprendere le cause delle difficoltà che insorgono un po' ovunque e — ci auguriamo — di porvi rimedio.

Ci richiameremo dunque direttamente all'ultimo saggio di Freud a carattere tecnico sul tema *Ricordare, ripetere ed elaborare* (1914)⁴: saggio in cui alle tre attività menzionate nel titolo viene attribuita un'importanza diversa, in quanto al lavoro analitico viene assegnato uno scopo specifico: ricordare; di conseguenza il voler rivivere anziché ricordare è considerato un sintomo di resistenza, e, come tale, un'attività da evitarsi. Tuttavia, dal punto di vista della coazione a

³ Costituiscono un'eccezione i tentativi di Ferenczi di fondare i presupposti di una tecnica attiva, tentativi che però sono stati ignorati o malintesi dalla maggior parte degli analisti, forse perché l'autore, nel sottolineare il nuovo punto di vista, non ne aveva insistentemente chiarito il rapporto con la teoria e la tecnica precedenti (cfr. in particolare « Ulteriore estensione della tecnica attiva in psicoanalisi », in *Fondamenti di psicoanalisi*, cit., vol. II, p. 44).

⁴ OSF, vol. 7.

ripetere, è assolutamente inevitabile che il paziente ripeta durante la cura intere parti del suo sviluppo; non solo, ma l'esperienza ha mostrato che la ripetizione concerne proprio quelle parti che nella forma del ricordo non è possibile far riemergere, dimodoché se al paziente non resta altra via che riprodurle, anche l'analista, se vuole afferrarne il materiale *specificamente inconscio*, non può far altro che seguire il paziente su questa via. Occorre perciò comprendere anche questa forma di comunicazione, il linguaggio gestuale (Ferenczi), e spiegarlo al paziente. Del resto anche i sintomi nevrotici non sono altro, come Freud ci ha insegnato, che comunicazioni deformate, un modo di esprimersi dell'inconscio inizialmente incomprensibile.

Chiarito questo punto, ne risultò innanzitutto la necessità pratica di non inibire le tendenze alla riproduzione durante l'analisi⁵ anzi di stimolarle, posto che si sia in grado di padroneggiarle; altrimenti il materiale più importante in senso assoluto non sarebbe giunto né a manifestarsi né a risolversi. Senza contare che la coazione a ripetere incontra spesso determinate resistenze (fors'anche biologicamente fondate) anzitutto angoscia e senso di colpa, resistenze che non possiamo superare altrimenti che con un intervento attivo volto a promuovere la ripetizione. È così che ci siamo infine risolti ad *attribuire il ruolo principale, nella tecnica analitica, al ripetere anziché al ricordare*. Ciò non significa però lasciare semplicemente sfumare l'affettività nel « vissuto »; il procedimento consiste invece, come vedremo meglio più avanti, in un graduale concedere e in una risoluzione o *trasformazione del riprodotto in ricordo attuale*.

I progressi che abbiamo potuto accertare in questo bilancio delle nostre conoscenze si prestano a venire considerati e formulati sotto due aspetti diversi. Sul versante tecnico si tratta innegabilmente di un passo avanti della « tecnica attiva », nell'accezione che contempla il diretto incoraggiamento della « *tendenza a riprodurre* » nel corso della cura, tendenza finora trascurata, anzi considerata come un fenomeno concomitante di disturbo. Sul versante teorico si tratta del parallelo riconoscimento, anche nella nevrosi, della *coazione a ripetere*, di cui Freud ha nel frattempo stabilito la fondamentale importanza⁶. Anzi, è solo a partire dal riconoscimento della coazione a ripetere che i risultati della « tecnica attiva » ci divengono pienamente comprensibili e che la loro necessità trova anche un fondamento teorico. Non mi pare perciò di trovarmi in contraddizione con Freud quando attribuisco alla coazione a ripetere un particolare ruolo nel processo terapeutico.

⁵ Tanto più che queste tendenze si affermano nella realtà a danno dell'analisi; ciò vale soprattutto per la vita amorosa (relazioni, matrimonio, separazioni ecc.) che nell'analisi risulta particolarmente frustrata.

⁶ S. Freud, *Al di là del principio di piacere* [1920], OSF, vol. 9.

III. CONSIDERAZIONI STORICO-CRITICHE RETROSPETTIVE

Dopo aver così brevemente delineato ciò che si deve intendere per metodo analitico, siamo in grado di riconoscere, retrospettivamente, che tutta la serie delle tecniche difettose corrisponde alle varie stasi nello sviluppo della conoscenza analitica. Non c'è comunque da stupirsi che simili difficoltà, oltre che potenziali, siano anche state reali e che, lungi dall'essere superate, continuino a riprodursi.

Tenteremo di mostrare nei singoli casi in che modo ciò vada inteso non limitandoci, così facendo, a illuminare di scorcio l'evoluzione storica della psicoanalisi, ma mirando soprattutto a portare il nostro contributo a che, nello sviluppo futuro, analoghi difetti vengano eliminati. Ciò che segue è dunque, propriamente, l'esposizione di una serie di metodi tecnici scorretti, vale a dire non più corrispondenti all'attuale concezione della psicoanalisi.

Dato il tipo di esame clinico-fenomenologico generalmente in uso nella medicina, non c'è da meravigliarsi se nella prassi medica prese piede una specie di *analisi descrittiva*, una vera e propria *contradictio in adjecto*. Normalmente questo tipo di esame si limitava all'ascolto, ovvero a un'ampia descrizione dei sintomi e delle inclinazioni perverse del paziente, senza alcun essenziale intervento terapeutico, in quanto l'elemento dinamico veniva trascurato.

Un'altra specie di analisi similmente equivoca consisteva nel *racogliere le associazioni* come se queste fossero l'essenziale anziché semplici bolle emergenti alla superficie della coscienza, dalle quali possiamo dedurre in che luogo, eventualmente a che profondità sotto la superficie, si nascondono gli eccitamenti affettivi operanti e, soprattutto, i *motivi* che spingono il paziente a servirsi in un certo caso proprio di un certo corso di associazioni.

Meno innocuo fu il *fanatismo interpretativo*, per cui avvenne che attraverso la rigidità delle traduzioni letterali, si dimenticasse che la tecnica interpretativa è solo uno dei mezzi per la conoscenza dello stato psichico inconscio del paziente, e non lo scopo, e ancor meno lo scopo principale, dell'analisi. La traduzione delle associazioni del paziente non va valutata diversamente dall'operazione corrispondente in campo linguistico, da cui del resto abbiamo tolto il paragone: la consultazione del vocabolario quando una parola è incomprendibile costituisce cioè una necessaria operazione preliminare al fine di *comprendere il testo nel suo complesso*, ma non è fine a se stessa. A questa «traduzione» deve seguire la vera «interpretazione», nel senso di rendere comprensibile l'insieme. Impostando così le cose, le tanto frequenti discussioni sull'esattezza di un'interpretazione – cioè traduzione – non hanno più ragion d'essere. Il fatto che l'analista ponga la questione della giustezza di questa o quella «interpretazione» – che, come abbiamo visto, in tal caso equivale a una traduzione – oppure del che cosa significhi questa o

quella cosa – poniamo nel sogno – dimostrano allora una solo parziale comprensione della situazione analitica complessiva e una sopravvalutazione dei dettagli isolati. Questi possono avere ora un significato, ora un altro. Lo stesso simbolo nello stesso paziente può, cioè, avere o assumere un altro significato in un altro contesto, in una situazione diversa, sotto la spinta – o per la riduzione – della resistenza. Nell'analisi, molto dipende da dettagli impalpabili, da dati apparentemente accessori, quali un'intonazione, l'inserimento mancato o riuscito di interpolazioni, certi gesti ed espressioni; inoltre dalla comprensibilità del contesto, dal senso che le cose dette dal paziente assumono attraverso il suo commento inconscio con l'aiuto della nostra interpretazione. Ma la tecnica interpretativa, per il troppo interesse posto nella traduzione « corretta » dei dettagli, dimenticò che anche il tutto – cioè *la situazione analitica del paziente come tale* – ha un significato, e anzi il significato principale; solo dalla comprensione dell'intero contesto si ottiene, di volta in volta, l'interpretazione corretta dei dettagli di cui si compone il brano tradotto, una interpretazione che allora non è né rigida né incerta; il fanatismo interpretativo, invece, conduce alla schematizzazione ed è terapeuticamente infruttuoso.

Un altro errore di metodo è stato quello di insistere sulla fase ormai superata dell'*analisi dei sintomi*. Come è noto, ci fu un periodo iniziale dell'analisi in cui, a partire dai singoli sintomi, mediante suggestione venivano risvegliati quei ricordi che agendo dall'inconscio li producevano. Questo metodo è stato superato con la evoluzione compiutasi nel frattempo nella tecnica psicoanalitica, giacché non si tratta affatto di far sparire i sintomi, cosa che con qualsiasi tecnica basata sulla suggestione si può ottenere, ma di impedire che i sintomi si riproducano, il che significa rendere l'Io del malato resistente. Perciò l'analista, secondo la regola freudiana, deve sempre partire dalla superficie psichica come si presenta in un dato momento, e non inseguire i nessi associativi a partire dal sintomo. Era evidentemente troppo comodo e allettante procurarsi delle informazioni sui vari dettagli della condotta nevrotica o perversa del paziente interrogandolo direttamente e facendogli direttamente ricordare tutta la storia delle sue anomalie⁷. In realtà solo una serie di esperienze convergenti può metterci in grado di comprendere i molti « significati » che in casi determinati spettano a un sintomo. Con la domanda diretta, invece, si otteneva soltanto di dirigere intempestivamente l'attenzione del paziente su elementi attorno a cui egli sviluppava delle resistenze, di offrirgli, cioè, la possibilità di fare un cattivo uso della propria attenzione, dopo che si era ritenuto opportuno risvegliarla. Così poteva accadere che il paziente fosse « analiz-

⁷ L'opposizione di principio all'« analisi dei sintomi » non esclude naturalmente che all'occorrenza si interroghi il paziente sulla persistenza di una certa sintomatologia (per es. quella dei cosiddetti sintomi passeggeri).

zato » per un periodo eccessivamente lungo senza che perciò si arrivasse alla storia infantile originaria, quella storia infantile la cui ricostruzione è condizione ineliminabile perché un trattamento possa chiamarsi una vera analisi.

Dobbiamo occuparci un po' più dettagliatamente di quella fase della tecnica analitica che può chiamarsi « *analisi del complesso* », fase che riflette una tappa importante del collegamento con la psicologia accademica. La parola « complesso » fu usata per la prima volta da Jung come semplificazione di un complicato stato di cose psicologico, per designare le tendenze caratteristiche di una persona o un certo gruppo di rappresentazioni connotate d'affettività e tra loro connesse. Questa accezione sempre più larga della parola, che rischiava perciò di non significare più nulla, fu successivamente ristretta da Freud, per il quale la parola « complesso » circoscriveva soltanto la *parte inconscio-rimossa* di un gruppo di rappresentazioni. Ma quanto più accessibili all'osservazione si facevano gli investimenti che hanno luogo nella psiche e più duttile l'indagine di questi processi fluttuanti e labili, tanto più superflua appariva l'ipotesi che esistessero delle componenti psichiche così rigidamente separate e indipendenti, eccitabili e spostabili solo *in toto*. Del resto un esame più accurato mostrò che queste componenti erano troppo « complesse », che, cioè, non era affatto possibile scomporne ulteriormente gli elementi e trattarli di conseguenza. Nelle più recenti opere di Freud il concetto di complesso sopravvive come residuo di un certo periodo della psicoanalisi; oggi, dopo l'introduzione della metapsicologia, in realtà non gli spetta più alcun posto nel sistema.

La cosa più logica sarebbe stata di far piazza pulita di questo rudere ormai inutilizzabile, e, per quanto la maggior parte degli analisti si fosse affezionata al termine, sostituirlo con uno migliore. Viceversa la psiche ha continuato a venir rappresentata come una specie di mosaico di complessi e il trattamento impostato in modo da « tirar fuori a forza di analisi » un complesso dopo l'altro; oppure si è cercato di trattare l'intera personalità come una somma di complessi paterni, materni, fraterni (del fratello o della sorella) e così via. Naturalmente non era difficile raccogliere materiale in questo senso, dal momento che in ogni essere umano i « complessi » sono presenti tutti, ma ciò significa semplicemente che ciascuno, nel corso del suo sviluppo, deve risolvere in un modo o nell'altro il rapporto con le persone e le cose che lo circondano. L'ordinata numerazione dei complessi o dei loro segni distintivi poteva trovare un posto, semmai, nella psicologia descrittiva, non nella pratica analitica coi nevrotici; con l'analisi dei complessi del resto, perfino nell'elaborazione psicoanalitica di prodotti letterari o di psicologia popolare, si sarebbe introdotta una monotonia che la molteplicità del materiale non giustificava assolutamente. Né una tale monotonia si può dire che venisse alleggerita dal fatto che ora si privilegiava questo complesso, ora un altro.

Si può ammettere che talvolta non si riescano ad evitare superficialità del genere nell'esposizione scientifica, ma nella tecnica è inconcepibile che una tale ristrettezza di interessi perduri. Nelle analisi di questo tipo era facile che il paziente si facesse ben volere dal suo analista offrendogli « materiale di complessi » a volontà, senza per questo rinunciare ai suoi veri segreti inconsci. Venivano così raccolte storie cliniche in cui i pazienti raccontavano ricordi evidentemente inventati, quali nelle analisi non prevenute non capita mai di ascoltare, ricordi che devono essere considerati prodotti della « coltivazione del complesso ». Risultati di questo genere non dovrebbero, naturalmente, trovare alcun impiego soggettivo — nell'ambito di una tecnica interpretativa corretta — né teorico — come dati da cui trarre conseguenze, conclusioni o dimostrazioni⁸.

Non di rado accadeva che le associazioni del paziente fossero intempestivamente dirette sul campo *sessuale* o che non si provvedesse con opportunità a orientarle diversamente, nel caso, peraltro frequente, in cui dalla analisi il paziente si attendesse di dover continuamente raccontare la propria vita sessuale — attuale o infantile. Prescindendo dal fatto che nell'analisi non si tratta affatto di abbandonarsi ad associazioni di questo genere, come pensano i nostri avversari, l'eccessivo indulgere alla sessualità può non di rado offrire al paziente la possibilità di rendere inoperante anche nei suoi effetti terapeutici la frustrazione che è tenuto a subire.

Né si può dire che la comprensione per i multiformi e importanti contenuti psichici che si riassumono sotto il nome di « *complesso di castrazione* » sia stata favorita dall'introduzione della teoria del complesso nella dinamica dell'analisi; al contrario noi riteniamo che questa introduzione abbia impedito di raggiungere gli strati psichici più profondi. Riteniamo cioè che una piena valutazione di ciò che l'analista nella pratica professionale si è abituato a registrare sbrigativamente sotto l'etichetta di « complesso di castrazione » ancora manchi; e che, piuttosto, questo sussidio esplicativo rappresenti, non per caso, l'*ultima ratio* dei più svariati stati e processi psichici del paziente. Se ci poniamo dal punto di vista dinamico, il solo che si giustifichi nella pratica analitica, spesso possiamo riconoscere soltanto una delle forme in cui il complesso di castrazione si manifesta nel corso di un'analisi, soltanto cioè una delle forme di resistenza che il paziente oppone agli impulsi libidici situati in profondità. Nello stadio iniziale di alcune analisi, l'*angoscia di castrazione* si può rivelare espressione dell'angoscia di transfert per difendersi dal seguito dell'analisi.

⁸ Per citare un caso limite del soggettivismo cui dà luogo questa predilezione per i complessi, accenneremo a Stekel, che ha fatto derivare i medesimi sintomi nevrotici prima dalla sessualità, poi dalla criminalità e infine dalla religiosità. È possibile che avendo fatto affermazioni di ogni genere con una di esse abbia colpito il segno.

Come abbiamo detto, difficoltà di ordine tecnico possono essere nate anche in seguito a un *eccesso di sapere* dell'analista. Così, la importanza della teoria freudiana dello sviluppo sessuale ha indotto certuni richiamarsi, in modo equivoco ed estremamente dogmatico, a certi *autoerotismi e sistemi di organizzazione della sessualità* (che per primi ci avevano permesso di comprendere lo sviluppo sessuale normale) e a servirsene per la terapia delle nevrosi. Per andare alla ricerca degli elementi costitutivi della teoria sessuale, in singoli casi si trascurava il compito specifico dell'analisi. Analisi di questo tipo si potrebbero chiamare « analisi elementari » psichiche. Qui è nuovamente evidente che all'importanza di un dato teorico non sempre corrisponde altrettanta importanza nella pratica analitica. A livello tecnico non è necessario mettere scolasticamente in evidenza tutte le fasi per così dire prescritte, dello sviluppo della libido e tanto meno impiegare come principio terapeutico delle nevrosi tutti i particolari e il loro ordine di successione così come sono stati scoperti e stabiliti nella teoria. È inoltre praticamente superfluo indicare uno per uno tutti gli elementi fondamentali di un « collegamento » estremamente complesso (questi elementi, ovviamente, devono essere precedentemente noti) quando ci sfugga, invece, il legame psichico che collega pochi elementi fondamentali in fenomeni sempre nuovi e diversi. Vale insomma per gli erotismi (per es. l'erotismo uretro-ale) e per i vari gradi di organizzazione (fase orale, sadico-ale ed altre fasi pregenitali) ciò che si è detto a proposito dei complessi: non esiste individuo il cui sviluppo possa prescindere, ma nell'analisi non bisogna attribuire né agli uni né agli altri quella importanza per lo sviluppo della malattia, di cui, sotto la pressione della situazione analitica, la resistenza riflette una immagine falsa.

Considerando più da vicino l'« analisi elementare » e l'« analisi dei complessi », si potrebbe riconoscere un loro intimo nesso in quanto la seconda, nel suo sforzo di conoscere le profondità della psiche, andava a incagliarsi sullo scoglio di granito dei « complessi », e il suo lavoro, anziché penetrare in quelle profondità, si spandeva in larghezza. Questo tipo di analisi, per compensare la sua scarsa penetrazione nella dinamica della libido, di solito faceva un salto nella teoria sessuale, associando i rigidi segni distintivi dei complessi con elementi costitutivi della teoria sessuale altrettanto schematicamente intesi; e nel frattempo le sfuggiva proprio il gioco di forze costituito dalle tendenze libidiche.

Questo sistema doveva portare ad una sopravvalutazione teorica del fattore *quantitativo*, per cui tutti gli elementi patogeni venivano attribuiti a un erotismo di eccezionale intensità ecc., punto di vista che affrontava il gioco delle forze patologiche in modo analogo alle scuole neurologiche preanalitiche, vale a dire sotto l'insegna dell'«ereditarietà», della « degenerazione » o della « predisposizione ».

Da quando, insieme alla teoria delle pulsioni⁹, si sono portate in campo anche alcune nozioni *biologiche* e fisiologiche per contribuire a spiegare certi processi psichici, da quando, in particolare, le cosiddette « patonevrosi », le nevrosi d'organo, e addirittura certe malattie organiche sono state trattate psicoanaliticamente, tra psicoanalisi e fisiologia sono sorte scaramucce di confine. La traduzione meccanica di processi fisiologici nel linguaggio psicoanalitico è inammissibile. Quando si tenti un approccio analitico dei processi organici, occorre attenersi strettamente alle regole della psicoanalisi. Occorre sforzarsi, in un certo senso, di dimenticare le conoscenze della medicina organica e della fisiologia per tener d'occhio soltanto la personalità psichica e le sue reazioni.

È stata motivo di confusione anche la tendenza a mescolare semplici dati clinici con *speculazioni* sul divenire, sull'essere e trascorrere, introducendo tali speculazioni nella prassi analitica, mentre Freud stesso, nei suoi ultimi lavori in cui traccia, appunto, delle sintesi, non si stanca di sottolinearne il carattere ipotetico. Del resto, non di rado queste scorribande speculative si sono dimostrate niente altro che una scappatoia per evitare scomode difficoltà tecniche. E sappiamo bene che tiri possono giocare sul piano tecnico premature e velleitarie riduzioni sulla base di principi speculativi (v. la teoria junghiana)¹⁰.

Fonte di errore, inoltre, è stata la tendenza a stabilire affrettatamente, durante la spiegazione dei sintomi, analogie con fatti storico-culturali e filogenetici, analogie magari ricche di interesse ma la cui introduzione nell'analisi aveva come condizione la negligenza dell'elemento individuale. D'altra parte l'eccessiva considerazione dell'elemento attuale portava a interpretazioni prospettivo-anagogiche infruttuose rispetto alle fissazioni patologiche. Tanto gli « anagogisti » che alcuni « genetisti », preoccupati del futuro e del passato, trascuravano il *presente* del paziente; eppure quasi tutto ciò che è passato e tutto ciò a cui si tende inconsciamente, nella misura in cui non diviene diretto contenuto di coscienza o non è ricordato (il che accade solo molto di rado), si manifesta in reazioni attuali nei confronti del medico ovvero dell'analisi, insomma nel *transfert* della situazione analitica.

L'esigenza teorica della catarsi breueriana-freudiana di ricondurre direttamente alle tracce mnestiche patogene l'affettività spostata sulle manifestazioni sintomatiche provocandone in tal modo la scarica e nuovi ancoraggi, si rivelò irrealizzabile; l'operazione, cioè, riu-

⁹ Nel testo «teoria degli istinti». [N.d.R.]

¹⁰ Come è noto, Jung arrivò al punto di trascurare l'importanza anamnestiche delle esperienze infantili e delle personalità che vi hanno una parte attiva, per un'analisi « a livello del soggetto ». È un fenomeno di pronunciata fuga dalla realtà quello per cui si attribuisce realtà e capacità di agire solo a concetti idealizzati o addirittura spersonalizzati, pallidi derivati dei ricordi primitivi di cose e persone.

sciva solo con ricordi non completamente rimossi, per lo più pre-consci, dunque solo con certi derivati dell'inconscio vero e proprio. L'inconscio stesso, la cui scoperta costituisce il compito essenziale dell'analisi, non può — dal momento che non è mai stato « vissuto » — essere neppure « ricordato »; bisogna dunque lasciare che l'inconscio si riproduca servendosi di determinati segni. La semplice comunicazione, nella forma di un'approssimativa « ricostruzione », non può essere sufficiente a provocare reazioni affettive: rimbalza via subito dal paziente restando inattiva. Solo quando questi viva attualmente nella situazione analitica — nel *presente* — qualcosa di analogo a ciò che ha vissuto inconsciamente, può convincersi della realtà di un tale vissuto, e comunque quasi sempre dopo che l'esperienza si è più volte ripetuta. Le nostre nuove acquisizioni circa la topica della psiche e le funzioni dei singoli strati profondi ci forniscono la spiegazione di questo fatto. L'inconscio-rimosso non ha accesso alla motilità, e neppure a quelle innervazioni motorie che, sommate, consentono la scarica emozionale; il passato e il rimosso devono dunque trovare un rappresentante nel *presente* e nel *conscio* (preconscio), insomma nella situazione psichica *attuale*, per poter essere vissuti affettivamente. Il decorso dell'affettività come ha luogo nella situazione analitica, e cioè a poco per volta, a confronto dell'impetuosa abreazione catartica potrebbe definirsi una catarsi frazionata.

Del resto noi riteniamo che, in linea generale, un sentimento non può agire se non è prima rianimato, vale a dire reso presente. Giacché ciò che non ci colpisce con immediatezza nel presente, insomma nella realtà, resta inoperante anche nella psiche.

L'analista deve sempre prendere in considerazione, per quasi tutte le manifestazioni del paziente, una maggiore maturatività, ma concentrerà il suo interesse principale sulle sue reazioni immediate. Solo mantenendo questa impostazione può arrivare a scoprire nel passato le radici di una reazione attuale, vale a dire arrivare a trasformare la coazione a ripetere del paziente nel ricordare. Del futuro, non occorre che ci si preoccupi molto. Si può tranquillamente lasciare questa cura alla persona stessa dopo averla sufficientemente istruita sulle proprie tendenze psichiche passate e presenti. Quanto alle analogie storico-culturali e filogenetiche, non dovrebbero neppure entrare in discussione nell'analisi. Di *questa* preistoria non occorre che il paziente si occupi, e anche il medico solo in rarissimi casi.

A questo punto dobbiamo accennare ad alcuni malintesi relativi all'*istruzione* dei soggetti da analizzare. Ci fu una fase nell'evoluzione della psicoanalisi durante la quale lo scopo del trattamento analitico consisteva nel colmare di sapere certe lacune nei ricordi del paziente. In un secondo momento si riconobbe che il non sapere nevrotico proviene dalla resistenza, cioè dal non voler sapere, e che era questo non voler sapere che occorreva mettere ogni volta in evidenza

fiaccandone l'ostinazione. Quando si procede così, le lacune nella catena di ricordi del paziente si colmano in gran parte automaticamente, e solo in piccola parte col sussidio di interpretazioni e spiegazioni; il paziente, allora, non apprende niente di più e nient'altro all'infuori di ciò che gli è necessario per eliminare i suoi disturbi. È stato un malaugurato errore credere che se il paziente non veniva iniziato anche con la teoria a comprendere tutte le sottigliezze delle proprie anomalie, la sua analisi non potesse dirsi completa. Certo, non è facile tracciare il confine a cui arrivare ed entro cui tenersi per ciò che concerne l'istruzione del paziente. Comunque, se un vero e proprio corso esplicativo che interrompa un'analisi condotta secondo le regole può gratificare tanto il paziente che l'analista, non sarà per tali vie che si produrrà un mutamento nella posizione libidica del malato. Questo modo di procedere, inoltre, induce insensibilmente il paziente a sottrarsi allo specifico lavoro analitico per identificarsi con l'analista. Del resto, è noto come il voler insegnare e il voler imparare siano sfavorevoli all'analisi, ma questo è un tema che andrebbe considerato molto più seriamente¹¹.

Capita di sentir questo o quell'analista rammaricarsi che un'analisi sia fallita per un' « eccessiva resistenza » o per un « transfert troppo intenso ». Qui non si vuoi contestare in linea di principio la possibilità che si verificano tali casi limite; ed in effetti talvolta noi ci troviamo di fronte a fattori quantitativi che non dobbiamo assolutamente sottovalutare nella pratica, dato che sia nell'esito che nella etiologia della nevrosi essi hanno una parte decisiva. Tuttavia è possibile che il fattore quantitativo, in sé e per sé così importante, diventi la copertura sotto cui si cela un difetto di penetrazione nel gioco dei motivi, che alla fine possono decidere il tipo di impiego e di ripartizione di quelle medesime quantità. Se Freud ha detto una volta: « Ciò che turba l'analisi è sempre una resistenza », non per questo dovremmo dire, ad ogni arresto che si verifichi nell'analisi: « Qui c'è una resistenza ». Ne derivava, specialmente con pazienti inclini a reagire con un senso di colpa, un'atmosfera analitica in cui da una parte il paziente temeva per così dire di compiere il *faux pas* di una « resistenza », e dall'altra, l'analista si trovava disarmato di fronte a questo atteggiamento. Evidentemente ci si era dimenticati di un altro ammonimento freudiano, e cioè che nell'analisi, appena ci accingiamo ad eliminare delle rimozioni, dobbiamo esser pronti ad affrontare come « resistenza » le medesime forze che a suo tempo avevano causato quelle rimozioni stesse.

Un'altra situazione analitica a cui si era soliti applicare altrettanto fuori luogo l'etichetta della « resistenza », è quella del *transfert*

¹¹ Ciò vale anche per le persone che si sottopongono all'analisi solo a scopo didattico (le cosiddette « analisi didattiche »). Qui accade molto facilmente che le resistenze si spostino sul terreno intellettuale (scientifico) e così rimangano inspiegabili.

negativo che, certo, per sua natura non può manifestarsi altrimenti che come « resistenza », ma su cui l'influenza terapeutica assolve la sua funzione principale. Non abbiamo nulla da temere dalle reazioni negative del paziente, che fanno parte del nucleo costitutivo di ogni analisi. Del resto anche un impetuoso transfert positivo, specialmente quando si manifesta all'inizio della cura, spesso non è altro che un sintomo di resistenza che richiede di essere smascherato. In altri casi, in particolare negli ultimi stadi dell'analisi, esso è invece il veicolo specifico attraverso cui tendenze rimaste inconscie vengono portate alla luce.

In questo contesto è opportuno accennare anche a una regola importante della tecnica psicoanalitica che riguarda il rapporto tra medico e paziente. La teoria esigeva che qualsiasi contatto *al di fuori* dell'analisi fosse evitato, ma ciò portava nell'ambito dell'analisi stessa a un'innaturale esclusione di tutto il lato umano e con ciò, un'altra volta, a un'eccessiva teorizzazione dell'esperienza analitica.

Tra coloro che avevano adottato questo atteggiamento, alcuni tendevano a non dare importanza al *cambiamento dell'analista*, cosa viceversa poco compatibile con una concezione dell'analisi come processo psichico la cui unità è assicurata dalla persona dell'analista. Il cambiamento, in qualche caso eccezionale, può rendersi inevitabile per cause esteriori, ma noi crediamo che aggirare delle difficoltà tecniche — per es. con omosessuali — semplicemente scegliendosi un analista di sesso diverso sia un inutile espediente. In ogni analisi corretta, infatti, l'analista sostiene tutti i ruoli possibili rispetto all'inconscio del paziente; dipende da lui rendersene conto di volta in volta al momento opportuno ed eventualmente trarne, a ragion veduta, vantaggio. Si tratta, in particolare, dei ruoli corrispondenti alle due imago parentali (padre e madre), che l'analista, in realtà, alterna costantemente (transfert e resistenza).

Non è un caso che i più frequenti errori di tecnica si siano verificati per l'appunto in relazione alle manifestazioni del transfert e della resistenza. Il fatto è che ci si lasciava sorprendere da questi elementari vissuti analitici e stranamente, si dimenticava proprio in loro presenza, quella teoria che in altri momenti si metteva in primo piano. Ciò può dipendere anche da soggettive difficoltà del medico. Il *narcisismo dell'analista*, infatti, risulta atto a divenire una fonte abbondante di errori in quanto, dando luogo talvolta a una specie di *controtransfert* narcisistico, induce l'analizzato da un lato a mettere in evidenza cose che lusingano l'analista, dall'altro a reprimere critiche sul suo conto e associazioni a lui sfavorevoli. Entrambe le cose sono tecnicamente scorrette; la prima perché può creare l'apparenza di un miglioramento del paziente che mira soltanto a conquistare l'analista e ad ottenere per questa via che la propria simpatia libidica sia da lui contraccambiata; la seconda perché impedisce all'analista di applicare un procedimento tecnico necessario e cioè di cogliere quei timidi segni di una critica espressa, per lo più, con esi

tazione, che facilitano una discussione aperta ovvero l'abreazione. Senza una tale autocritica dell'analista, che indubbiamente richiede alcuni sacrifici, l'angoscia e il senso di colpa del paziente, i due principali fattori emotivi che provocano e mantengono la rimozione, non possono venir superati.

Certi analisti per nascondere l'insufficienza della tecnica si richiamarono a un'occasionale affermazione di Freud secondo cui il *narcisismo del paziente* può limitare la sua influenzabilità nell'analisi, consolandosi quando l'analisi non procedeva bene col fatto che il paziente, appunto, sarebbe stato « troppo narcisista ». E dato che il narcisismo, come elemento di collegamento tra interessi¹² dell'Io e [interessi] della libido, è in qualche modo interessato ad ogni processo psichico normale e anormale, non era difficile trovare delle prove del narcisismo del paziente nei suoi pensieri e nelle sue azioni. Però neppure i « complessi di castrazione » ovvero « di virilità », che pure sono narcisisticamente condizionati, debbono venir trattati come se segnassero il confine oltre il quale l'analisi diventerebbe un problema insolubile¹³.

Quando l'analisi urta contro la resistenza del paziente, spesso si trascura di appurare in che misura le tendenze in gioco siano *pseudonarcisistiche*. Specialmente le analisi di persone che hanno una certa preparazione teorica possono convincerci che molto di ciò che in base alla teoria saremmo inclini ad attribuire al narcisismo, in realtà è secondario, pseudonarcisistico, e, col progredire del trattamento, può risolversi senza residui nel rapporto parentale. Naturalmente, in tal caso è necessaria una penetrazione analitica nello sviluppo dell'Io del paziente; del resto nell'analisi della resistenza si rende necessaria in genere quell'analisi dell'Io che finora era stata troppo trascurata e a proposito della quale Freud ha fornito recentemente elementi preziosi.

La novità della tecnica da poco introdotta col nome di « attività » (Ferenczi) ha fatto sì che alcuni, per scansare certe difficoltà, incalzassero il paziente con ordini e divieti perentori, un sistema che potremmo chiamare « attività selvaggia ». Ciò va visto, tuttavia, anche come una reazione all'opposto estremismo, alla rigida e scrupolosa osservanza della regola della passività. Certo, questo ultimo atteggiamento si giustifica in parte con la posizione teorica dell'analista, il quale deve essere, contemporaneamente, ricercatore. Ma nella pratica è facile lasciarsi indurre, partendo di qui, a risparmiare al paziente anche la sofferenza degli interventi necessari e abbando-

¹² Nel testo "istinti". [N.d.R.]

¹³ Adler, che con l'analisi della libido non riuscì a cavarsela, rimase fermo come è noto a questo punto.

nargli un po' troppo la guida delle sue associazioni, sia per quanto concerne i nessi che [per] l'interpretazione¹⁴.

L'*attività* che l'analisi richiede — misurata, ma, se necessario, energica — consiste nel fatto che il medico si impegna a sostenere fino a un certo punto anche realmente quel ruolo che l'inconscio del paziente e le proprie tendenze alla fuga gli prescrivono. Per questa via egli incrementa la *tendenza alla ripetizione* di precedenti esperienze traumatiche, naturalmente con lo scopo di vincere in modo definitivo questa tendenza, cosa a cui perviene rivelandone il contenuto. Quando la ripetizione si verifica spontaneamente, provocarla è superfluo e il medico può senz'altro procedere alla trasformazione della ripetizione in ricordo (o plausibile ricostruzione).

Queste note di puro carattere tecnico ci riportano al tema più volte sfiorato dell'azione reciproca di teoria e prassi, tema a cui possiamo dedicare a questo punto solo alcune osservazioni metodologiche generali.

¹⁴ Di una tale « tecnica passiva » del loro analista, approfittano in modo particolare i pazienti particolarmente masochisti; si assumono infatti essi stessi il lavoro di interpretazione, e così possono contemporaneamente soddisfare le loro tendenze autolesioniste e opporre resistenza sotto forma di incredulità a un'interpretazione più profonda. In modo analogo si possono del resto ottenere interpretazioni di sogni « anagogiche » a piacere, quando si affidi allo stesso paziente, dopo averlo sommariamente istruito nella psicoanalisi e senza oltrepassare la dinamica della resistenza supercompensata dalla morale, l'interpretazione degli elementi del sogno.

V. RISULTATI

Gli inizi della psicoanalisi sono stati di natura esclusivamente pratica. Ben presto, però, dall'influenza terapeutica esercitata sui nevrotici si ricavarono, come prodotti secondari, delle *cognizioni scientifiche* riguardanti la struttura e le funzioni dell'apparato psichico, la sua storia relativamente all'individuo e alla specie e infine i suoi fondamenti biologici (*teoria delle pulsioni*¹⁵).

Il vantaggio principale che, di riflesso, ne venne alla *prassi psicoanalitica* consisté nello scoprire da un lato il *complesso edipico* come *complesso nucleare* della nevrosi, e dall'altro l'importanza della ripetizione del rapporto edipico all'interno della *situazione analitica* (transfert).

Il fatto essenziale dell'intervento analitico non consiste però né nella constatazione di un « complesso edipico » e neppure nel semplice ripetere il rapporto edipico con l'analista, bensì piuttosto nel risolversi, o meglio nel *distaccarsi della libido infantile* dalla fissazione agli oggetti primitivi.

La terapia psicoanalitica come viene intesa attualmente è dunque divenuta un metodo il cui scopo è quello di *vivere fino in fondo* la relazione edipica riportandola nella relazione del paziente col medico, e di condurre questo rapporto a una soluzione nuova, più vantaggiosa, fondata sulla conoscenza.

Si tratta di un rapporto che, date le condizioni dell'analisi, si istituisce da sé; all'analista spetta il compito di individuarne i primi timidi segni e di indurre il paziente a *riprodurlo completamente nel vissuto analitico*; alcune volte poi, con opportune misure, egli ne favorirà il suo dispiegarsi (*attività*).

Le importanti *cognizioni teoriche* (in sé indispensabili) sul normale sviluppo psichico — teoria sessuale ecc. — si possono impiegare nella pratica solo nella misura in cui contribuiscono a realizzare ovvero a facilitare quella riproduzione del complesso edipico cui si deve mirare nella situazione analitica. Il perdersi nei dettagli dello sviluppo individuale senza istituire sempre di nuovo il nesso suddetto è sbagliato e infruttuoso dal punto di vista pratico, ma anche da quello teorico fornisce risultati molto meno attendibili.

L'importanza scientifica di una tecnica corretta, ispirata da questa regola finora trascurata, deve ottenere il riconoscimento che merita. Si tratta di ridurre, rispetto al passato, l'impiego meccanico di acquisizioni teoriche, e, semmai, di favorire una *costante correzione della teoria* attraverso le nuove cognizioni raggiunte nella *prassi*.

Partita da basi puramente pratiche, la psicoanalisi arrivò ben presto, per effetto delle prime sorprendenti scoperte, a una *fase cognitiva*. Ma in confronto al rapido aumento di conoscenza dei mec-

¹⁵ Nel testo “teoria degli istinti”. [N.d.R.]

canismi psichici universali, i successi terapeutici, all'inizio così impressionanti, sono divenuti insoddisfacenti, e si è dovuto provvedere a sincronizzare il potere terapeutico col sapere recentemente acquisito che lo aveva sopravanzato.

Quanto noi stessi siamo venuti esponendo segna in questo contesto l'inizio di una fase che vorremmo chiamare, contrapponendola alla precedente, *fase dell'esperienza emotiva*. Se prima infatti ci si sforzava di ricavare un effetto terapeutico dalla reazione che l'informazione produceva nel paziente, ormai tendiamo invece a mettere direttamente al servizio della terapia il sapere analitico acquisito fino ad oggi e, su questa base, a *provocare senz'altro i vissuti* corrispondenti; al paziente spieghiamo solo queste esperienze di immediata evidenza.

Il sapere in base al quale siamo in grado di intervenire al momento giusto e con un opportuno dosaggio, consiste essenzialmente nella convinzione dell'universale importanza di alcune *prime esperienze fondamentali* (per es. il conflitto edipico), i cui effetti traumatici si ravvivano nell'analisi — un po' come nelle « terapie di riattivazione » della medicina — effetti che con l'aiuto dell'esperienza per la prima volta vissuta consciamente nella situazione analitica, vengono incanalati verso opportune vie di scarica.

Questo tipo di terapia si avvicina sotto certi aspetti a una *tecnica pedagogica*, dato che anche l'educazione, non fosse che per il rapporto affettivo con l'educatore, affonda le sue radici molto più profondamente nel vissuto che nell'elemento culturale. Come nella medicina, anche nella nostra tecnica pedagogica si è compiuto però un enorme passo avanti rispetto all'intervento puramente intuitivo e come tale facilmente difettoso; per noi questo passo avanti consiste nell'introduzione sistematica, in quanto fondata sulla capacità di comprendere, del vissuto analitico.