

PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA PSICOANALISI.
SULL'INTERDIPENDENZA TRA TEORIA E PRATICA (1923 [1924])

Sándor Ferenczi, Otto Rank

NOTA REDAZIONALE. Questo contributo di Sándor Ferenczi (1873-1933) e Otto Rank (1884-1939), scritto nel 1923 e pubblicato nel 1924 dalla *Internationaler Psychoanalytischer Verlag* di Vienna col titolo *Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*, non è mai stato tradotto integralmente in italiano – infatti vi erano una prefazione, un'epigrafe e sei capitoli, mentre furono tradotti solo i capitoli 1, 3 e 5 – per cui esce completo per la prima volta in italiano in queste pagine di *Psicoterapia e Scienze Umane*. Quei tre capitoli erano stati tradotti dal terzo dei quattro volumi della raccolta delle opere di Ferenczi in tedesco (*Bausteine zur Psychoanalyse. Band III: Arbeiten aus den Jahren 1908-1933*. Bern: Hans Huber, 1939, pp. 220-244), pubblicata dall'editore Guaraldi di Rimini in cinque volumi dal 1972 al 1975 (l'ultimo, con gli indici e la bibliografia, fu scorporato dal quarto), a cura di Glauco Carloni ed Egon Molinari dal titolo *Fondamenti di psicoanalisi: I: Teoria: le parole oscene e altri saggi* [1972]; *2: Prassi: scritti sulla terapia attiva e altri saggi* [1973]; *3: Ulteriori contributi (1908-1933): psicoanalisi delle abitudini sessuali e altri saggi* [1974]; *4: Articoli commemorativi, recensioni e presentazioni* [1974]; *5: Indice analitico e appendice bibliografica* [1975]. I tre capitoli dello scritto di Ferenczi e Rank uscirono a pp. 175-193 del terzo volume, tradotto da Elena Franchetti, col titolo "Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. Reciprocità tra teoria e prassi".

In seguito, per una serie di vicissitudini, i diritti di questa traduzione italiana delle opere di Ferenczi furono ceduti all'editore Loescher di Torino, il quale in seguito li passò all'editore Raffaello Cortina di Milano, che le ripubblicò nei quattro volumi – usciti rispettivamente nel 1989, 1990, 1992 e 2002 – delle *Opere* di Ferenczi a cura di Glauco Carloni con l'elegante veste che tutti conosciamo, essendo i libri della Guaraldi ormai irrimediabilmente se non in alcune biblioteche. Le *Opere* di Ferenczi pubblicate da Raffaello Cortina erano però molto diverse in quanto seguivano l'impianto della traduzione francese dell'editore Payot di Parigi, anch'essa in quattro volumi, che includeva molti altri scritti di Ferenczi e seguiva un ordine cronologico: *Psychanalyse. Œuvres complètes. I: 1908-1912* (Préface de Judith Dupont, Traduit par Judith Dupont avec de Philippe Garnier) [1968]; *II: 1913-1919* (Préface de Michael Balint, Traduit par Judith Dupont et Myriam Viliker, avec Philippe Garnier) [1970]; *III: 1919-1926* (Préface de Judith Dupont, Traduit par Judith Dupont et Myriam Viliker)

Psicoterapia e Scienze Umane, 2012, XLVI, 4: 487-538
<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it>

[1974]; IV: 1927-1933 (Préface de Michael Balint, Traduit par l'équipe du *Coq Héron*) [1982]. Anche nella traduzione francese compaiono solo i capitoli 1, 3 e 5, a pp. 220-236 del Vol. III, col titolo *Perspectives de la psychanalyse*. Nell'edizione delle *Opere* dell'editore Raffaello Cortina sono ripubblicati i testi dei *Fondamenti di psicoanalisi* della Guaraldi per le parti già tradotte, e le parti nuove furono tradotte dal tedesco e dall'ungherese confrontandole anche con la versione francese.

L'edizione di questo scritto di Ferenczi e Rank che ora viene pubblicata su *Psicoterapia e Scienze Umane*, a novant'anni dalla prima stesura, non riproduce – per i capitoli 1, 3 e 5 – la precedente traduzione italiana, ma consiste in una nuova traduzione completa dall'edizione tedesca, quindi è originale, e un motivo di interesse di questa nuova edizione consiste anche nel fatto che, come il lettore potrà notare, vi sono alcuni passaggi – qui segnalati in nota – in cui il significato è stato inteso in modo diverso.

L'edizione inglese (*The Development of Psychoanalysis*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1925 [Monograph Series no. 40]) uscì un anno dopo quella originale tedesca, e fu tradotta da Caroline Newton, una psicoanalista che proprio in quegli anni frequentava la Società psicoanalitica di Vienna, di cui era membro. Nella sua prefazione all'edizione inglese la Newton dice: «Il libro fu scritto nell'estate del 1922, in un qualche modo modificato e alterato dagli eventi del [VII] Congresso internazionale di psicoanalisi a Berlino del [25-27] settembre di quell'anno, e completato nel 1923. Gli autori si scusano per alcuni difetti dovuti a questa storia delle sue origini» (p. iii). Dice anche che la parte critica fu inizialmente scritta da Ferenczi, mentre il cap. 2 (“La situazione analitica”), più didattico, fu scritto da Rank – e ciò spiega come mai questo fu uno dei capitoli non inclusi nelle opere di Ferenczi – ma che poi entrambi gli autori revisionarono l'intero lavoro.

All'inizio dei tre capitoli di questo testo pubblicati nel terzo volume delle opere di Ferenczi in tedesco vi è una nota dei curatori, riportata nella edizione francese e anche nelle due italiane, in cui si dice che se è vero, come indicato nella prefazione di Ferenczi e Rank (qui a p. 490), che il cap. 2 fu scritto da Rank e il cap. 3 da Ferenczi, «la signora Ferenczi crede di ricordare che anche i capitoli 1 e 5 erano in gran parte opera del marito, e a noi stessi è parso di riconoscervi lo stile di Ferenczi. Essendo rimasta senza risposta una lettera in cui chiedevamo notizie in proposito al dottor Rank, abbiamo deciso di riportare anche questi due capitoli» (p. 220 ediz. Payot del 1974, p. 175 ediz. Guaraldi del 1974, p. 201 ediz. Raffaello Cortina del 1992). Quindi, se vi sono prove che inizialmente il cap. 2 fu scritto da Rank e il cap. 3 da Ferenczi, è verosimile – come del resto suggerisce la stessa Newton – che entrambi, anche in quanto coautori, abbiano rivisto l'intera opera.

Qui pubblichiamo anche una postfazione di Michael Turnheim che appare a pp. 97-109 di una ristampa tedesca dell'editore Turia & Kant di Vienna del 1996, poiché ci sembra inquadri bene lo scritto di Ferenczi e Rank dal punto di vista storico-critico.

Ci si può chiedere il motivo per cui abbiamo deciso di pubblicare questo scritto di psicoanalisi dei primi anni 1920. Lo abbiamo fatto non solo per colmare una lacuna nelle edizioni italiane delle opere di Ferenczi e Rank, ma anche perché abbiamo sempre dato importanza alla attenta ricostruzione storica, e riteniamo che leggendolo ci si possa rendere conto di quanto già allora fosse avanzato il dibattito sulla teoria della tecnica e di quanti problemi discussi oggi, a volte fatti passare come nuovi, fossero in realtà ben presenti già agli inizi della storia del movimento psicoanalitico.

NEUE ARBEITEN ZUR ÄRZTLICHEN PSYCHOANALYSE
HERAUSGEGEBEN VON PROF. DR. SIGM. FREUD
HEFT I

Entwicklungsziele der Psychoanalyse

Zur Wechselbeziehung von
Theorie und Praxis

VON

Dr. S. Ferenczi

und

Dr. Otto Rank



INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG
LEIPZIG / WIEN / ZÜRICH

Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. Sull'interdipendenza tra teoria e pratica (1923 [1924])*

Sándor Ferenczi, Otto Rank

Prefazione

Da uno scambio di idee avvenuto nell'estate del 1922 sui problemi attuali della psicoanalisi è nato il progetto di trattare e cercare di risolvere con uno scritto congiunto alcune difficoltà teoriche e pratiche che si erano presentate a noi e – come si poteva legittimamente supporre – anche ad altri; la parte critica del lavoro è stata in origine elaborata e trascritta da un autore (Ferenczi), la parte propositiva (“La situazione analitica”) dall'altro (Rank); la prima stesura di entrambe le parti era già pronta prima del Congresso internazionale di psicoanalisi di Berlino ([25-27] settembre 1922) ed è stata in sèguito rielaborata insieme dai due autori.

A quel congresso il professor Freud aveva proposto di istituire un premio per un saggio sul “rapporto tra tecnica e teoria psicoanalitica” che doveva indagare «in che modo la tecnica ha influenzato la teoria e in che misura, allo stato attuale, tecnica e teoria si sostengono o si ostacolano a vicenda».

Dato che questo tema toccava da vicino i problemi da noi trattati, ci apparve logico strutturare la nostra trattazione nel senso dell'argomento generale del premio. Cercammo dunque di adempiere a questo compito scrivendo un capitolo sulle influenze reciproche tra teoria e pratica e modificando alcuni punti del testo. Non riuscimmo tuttavia a rendere giustizia a una problematica tanto estesa e pertanto dovemmo rinunciare a partecipare al concorso, che peraltro rimase senza vincitori.

Nel frattempo erano emersi molteplici nuovi punti di vista, di cui dovemmo rimandare l'elaborazione finché non ci fu possibile terminare il lavoro nella forma qui presentata, le cui carenze e incongruenze confidiamo vengano perdonate alla luce di queste note sulla sua genesi.

Klobenstein am Ritten, agosto 1923

* Edizione originale: *Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924, pp. 68. Edizione su Internet: <http://archive.org/stream/EntwicklungszieleDerPsychoanalyse.ZurWechselwirkungVonTheorieUndPraxis>. Prima edizione italiana completa e con una nuova traduzione di Danila Moro.

«(...) Il semplice guardare una cosa non ci permette infatti di progredire. Ogni guardare si muta in un considerare, ogni considerare in un riflettere, ogni riflessione in un congiungere. Si può dire che noi teorizziamo in ogni sguardo attento rivolto al mondo. Se però l'astrazione, che temiamo, deve essere neutralizzata, e se il risultato di esperienza, che ci auguriamo, deve risultare autenticamente vitale e utile, è necessario saper compiere questi passaggi con coscienza, autoconsapevolezza, libertà e, per servirsi di un'espressione ardita, con ironia» (Goethe, *La teoria dei colori* [1810], p. 7).

I. Introduzione

Come è noto, il metodo psicoanalitico si è sviluppato nell'arco di circa trent'anni, e da puro procedimento medico-terapeutico per la cura di determinati disturbi nevrotici si è andato gradualmente ma costantemente ampliando fino a diventare un vasto edificio teorico-scientifico, che sembra recare in sé una nuova visione del mondo.

Seguire nel dettaglio le fasi di tale evoluzione ed esaminare le influenze che il metodo terapeutico e la tecnica medica da un lato e la sua elaborazione scientifica dall'altro hanno esercitato gli uni sull'altra significherebbe niente meno che scrivere il seguito di *Per la storia del movimento psicoanalitico* (Freud, 1914). Nell'affrontare questo compito, ancor oggi improbo, si dovrebbero necessariamente toccare problemi che vanno ben oltre i temi della psicoanalisi stessa, incluso l'esame del rapporto tra i fatti trattati da una scienza e quella scienza stessa. Questo compito è già in sé estremamente arduo, perché porta dritto al cuore dei principi fondamentali del metodo scientifico *tout court*, ma per la psicoanalisi sarebbe pressoché impossibile, perché essa si trova ancora in una fase di evoluzione. E noi che siamo direttamente coinvolti in questo processo, noi che siamo rappresentanti "dal di dentro" di entrambi i gruppi (quello medico-terapeutico e quello scientifico-teorico), difficilmente potremmo arrivare a una comprensione obiettiva degli elementi di queste reciproche interconnessioni.

È infatti innegabile che negli ultimi anni si è diffuso tra gli analisti un crescente disorientamento, in particolare per quanto riguarda le questioni teorico-pratiche. Mentre la teoria psicoanalitica ha vissuto una rapida crescita, è stato vistosamente trascurato, anche in letteratura, l'elemento tecnico-terapeutico, che pure era stato il nucleo originario di quella teoria e il vero stimolo di ogni significativo progresso teorico¹. Questa circostanza potrebbe dare l'erronea

¹ Un'eccezione è rappresentata dai tentativi di Ferenczi di dare fondamento teorico alla necessità tecnica dell'intervento attivo da parte dell'analista. Questi tentativi sono però stati ignorati o fraintesi dalla maggior parte degli analisti, forse perché l'autore, nell'enfatizzare il nuovo punto di vista, non ha sufficientemente illustrato al lettore come la nuova prospettiva si inserisse nella teoria e nella tecnica dell'epoca (vedi soprattutto Ferenczi, 1920).

impressione che lo sviluppo della tecnica sia rimasto fermo, soprattutto perché lo stesso Freud, come è noto, è sempre stato molto prudente al riguardo e, per esempio, negli ultimi dieci anni circa non ha pubblicato lavori in materia. I suoi pochi articoli sulla tecnica (raccolti nel quarto volume della *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*²) sono state le uniche direttive di prassi clinica per gli analisti che non si sottoponevano a un'analisi, benché, anche per ammissione dello stesso Freud, si tratti di lavori spesso incompleti e in certi punti superati dagli sviluppi successivi, in breve bisognosi di revisione. Si spiega dunque perché la maggior parte degli analisti, non avendo altra risorsa che lo studio dei testi, sia rimasta ancorata troppo rigidamente a queste regole e non sia venuta in contatto coi progressi che la scienza psicoanalitica ha nel frattempo compiuto.

Insoddisfatti di questo stato di cose, abbiamo avvertito a più riprese l'urgenza di soffermarci sul lavoro pratico per cercare di dar conto di questi problemi e difficoltà. Nel far ciò, ci siamo anche accorti che le nostre abilità tecniche avevano nel frattempo compiuto progressi non indifferenti, la cui piena articolazione e valorizzazione consapevole ci ha permesso di ampliare sensibilmente le nostre conoscenze. Abbiamo infine ritenuto necessario, alla luce di un evidente bisogno generale di chiarimenti su questi problemi, rendere partecipi anche gli altri di queste nostre esperienze, e pensiamo che il modo migliore di farlo sia prima di tutto cercare di illustrare come oggi pratichiamo e intendiamo la psicoanalisi. Solo in seguito ci sarà possibile comprendere le cause delle difficoltà che si manifestano un po' ovunque e – speriamo – portare un contributo alla loro risoluzione.

Dobbiamo innanzitutto far riferimento all'ultimo lavoro di Freud (1913) sulla tecnica, *Ricordare, ripetere e rielaborare*. In questo saggio viene attribuito un diverso valore ai tre fattori menzionati nel titolo, nel senso che il ricordare viene considerato il vero obiettivo del lavoro analitico, mentre il desiderio di ripetere, che si sostituisce al ricordare, è ritenuto un sintomo di resistenza e come tale da evitare. Dalla prospettiva della coazione a ripetere, tuttavia, non solo è assolutamente inevitabile che il paziente durante la cura ripeta intere porzioni del proprio sviluppo, ma, come ha mostrato l'esperienza, si tratta proprio di quelle porzioni che non sono affatto disponibili come ricordi, di modo che al paziente non resta altra via che quella di ripeterle, ma anche all'analista non resta altro mezzo, se vuole cogliere il materiale *specificamente inconscio*, che seguire il paziente. Si tratta di comprendere e spiegare al paziente anche questa forma di comunicazione, il cosiddetto linguaggio non verbale (Ferenczi). E infatti, come ci ha insegnato Freud, i sintomi nevrotici non sono altro che comunicazioni distorte espresse con le modalità dell'inconscio, comunicazioni che di primo acchito risultano incomprensibili.

² In questo quarto volume della "Raccolta di brevi scritti sulla teoria delle nevrosi", pubblicato dall'editore Hugo Heller di Lipsia nel 1918, vi sono 32 lavori di Freud scritti negli anni 1910, tra cui i sei articoli sulla tecnica che vanno dal 1911 al 1914. [N.d.R.]

Come prima conseguenza pratica di queste considerazioni è emersa la necessità non solo di non inibire³ le tendenze alla ripetizione in analisi, ma persino di incoraggiarle, a patto di essere in grado di gestirle, altrimenti il materiale più importante non potrà venire alla luce e risolversi. Senza contare che la coazione a ripetere è spesso contrastata da alcune resistenze (forse anche biologicamente fondate) – soprattutto l'angoscia e il senso di colpa – che possiamo superare solo con un intervento attivo volto a incoraggiare la ripetizione. Siamo così arrivati ad *attribuire il ruolo principale nella tecnica analitica al ripetere anziché al ricordare*. Ciò però non significa lasciare che gli affetti si stemperino nell'“esperienza”, bensì, come vedremo meglio in seguito, dopo aver consentito che si sviluppi la ripetizione bisogna risolverla gradualmente, vale a dire *trasformare il materiale riprodotto in ricordo attuale*.

I progressi che abbiamo accertato in questo riesame delle nostre conoscenze possono essere osservati e formulati da due punti di vista. Sul piano tecnico si è posta innegabilmente una maggiore enfasi sull'“attività”, intesa come un diretto incoraggiamento nella cura della *tendenza a ripetere*, tendenza che finora è stata trascurata, anzi considerata un fenomeno collaterale di disturbo. Dal punto di vista teorico si è imposto il corrispondente riconoscimento dell'importanza primaria della *coazione a ripetere* anche nella nevrosi, importanza che Freud (1920) ha nel frattempo riconosciuto. È solo a partire da tale riconoscimento che i risultati dell'“attività” possono davvero essere compresi e che la loro necessità trova un fondamento teorico. Crediamo pertanto di non entrare in contraddizione con Freud se d'ora in poi attribuiamo alla coazione a ripetere all'interno della terapia lo stesso ruolo che le compete nella vita psichica dal punto di vista biologico.

II. La situazione analitica

1. Il processo di deflusso della libido e le sue fasi

Apprestandoci dunque a delineare per sommi capi lo stato attuale dell'analisi come tecnica terapeutica, vorremmo evitare fin dall'inizio di dare l'impressione che si tratti di una descrizione particolareggiata della tecnica. Se anche una tale descrizione fosse realizzabile in forma scritta, essa resterebbe riservata a lavori di tutt'altro tenore⁴.

Prendendo le mosse dalla definizione freudiana di tecnica psicoanalitica, che la caratterizza come un metodo che pone a fondamento dell'influenzabilità del paziente i fatti psichici del transfert e della resistenza, si può giungere a

³ Tra l'altro molto spesso queste tendenze si ripercuotono poi sulla realtà, a detrimento dell'analisi; ciò vale soprattutto per la vita amorosa (relazioni, matrimoni, separazioni, ecc.) che in analisi è particolarmente soggetta a frustrazione.

⁴ Tra altro, al posto di una descrizione in forma narrativa della tecnica analitica, sarebbe auspicabile un programma di insegnamento e apprendimento dettagliatamente elaborato per lezioni universitarie; solo così è possibile imparare la tecnica corretta.

una formulazione molto generale di psicoanalisi, che talvolta si presenta all'analista come *un processo individualmente determinato e temporalmente delimitato di sviluppo libidico del paziente*. Rispetto a questo processo libidico che si dispiega automaticamente e che – come i processi di guarigione organica – ha i suoi tempi e le sue crisi, l'analista deve limitarsi a osservare, intervenendo in senso correttivo solo nei punti dove coglie un disturbo, cioè un andamento nevrotico sotto forma di resistenza. Questo processo libidico artificiale è promosso e tenuto in vita dal transfert, che a suo tempo Ferenczi (1909) ha descritto come un caso particolare della *generale tendenza umana al transfert*, che nel nevrotico si esprime in modo particolarmente intenso e che in analisi emerge solo in specifiche circostanze. Mentre però nella vita reale questa espansione della libido viene inibita e disturbata in vari modi, l'analisi in determinate circostanze ne consente il deflusso, anzi talvolta lo incoraggia. Già da questa esposizione si comprende come in linea generale all'analista competa un ruolo principalmente passivo, e solo raramente egli sia chiamato a compiere interventi attivi. Posto di fronte alla sofferenza del paziente, egli inizialmente non deve far altro che lasciarle libera espressione, non solo per vedere di che cosa si tratti (“diagnostica analitica”), ma anche in ragione di alcune peculiarità della nevrosi stessa, che per essere guarita necessita di una riattivazione dell'antico materiale rimosso responsabile della malattia. Allo stesso modo un internista, quando cerca di arginare e localizzare il processo patologico, interviene soltanto in senso correttivo nel trattamento di una patologia organica. Ciò che l'analista può imparare da un bravo internista è l'osservazione oggettiva e pacata del decorso della malattia, un atteggiamento paziente e passivo che si affida anche alla “natura” del malato. Tutte le altre virtù mediche, spesso sopravvalutate, possono addirittura nuocere al lavoro analitico. La differenza fondamentale tra il medico e l'analista può essere individuata, seguendo Freud, nel fatto che l'analista non solo utilizza il transfert – che a livello latente è ubiquitario – in modo mirato per facilitare il deflusso della libido, ma deve anche mostrare gradualmente il fenomeno al paziente, per liberarlo infine dalla propria influenza. Quest'ultimo sembra un punto particolarmente contraddittorio rispetto all'ideale medico, in quanto una parte importante di qualsiasi arte medica poggia sulla fiducia del paziente verso il medico, cioè sul suo transfert *inconscio*, che il medico deve preservare anche nell'interesse del paziente stesso. In questo senso, nella medicina interna, che deve impiegare il transfert inconscio come uno dei suoi principali strumenti, esistono molte più “guarigioni suggestive” che nella psicoanalisi la quale, pur facendo ricorso al transfert, ricorre infine alla dissoluzione di questo rapporto come mezzo terapeutico per superare la fissazione libidica infantile. Pertanto, diversamente dalla pratica medica, il “caso ideale” in analisi è quello di un paziente che una volta trattato non viene più rivisto dall'analista, e che sarà totalmente guarito se l'analista non saprà più nulla di lui. Questo risultato presuppone tuttavia una certa capacità di sublimazione e di rinuncia da parte del paziente, che non tutti gli individui possiedono.

Se si considera questa concezione dell'analisi, ossia quella di un processo di flusso libidico artificialmente indotto allo scopo di correggere modalità di scarica nevrotiche, trova implicitamente risposta la domanda spesso posta circa l'atteggiamento dell'analista: l'analista deve mantenere un ruolo fondamentalmente passivo nei confronti del riprodursi del flusso libidico, deve comportarsi per così dire come oggetto – o meglio come oggetto fantasmatico – di questo processo. Nei momenti invece dove risulta necessaria la correzione di un andamento nevrotico deve in ogni caso intervenire “attivamente”, o agire da catalizzatore.

Prima di passare a descrivere come si svolge l'analisi delle resistenze della libido e a indicare in linea generale i punti in cui il materiale nevrotico si presta a correzioni, desideriamo precisare che nella pratica concreta le fasi analitiche illustrate di seguito non si sviluppano certo in modo così schematico. Stiamo parlando soprattutto delle fasi della *resistenza* e del *transfert*, il cui superamento è compito del lavoro analitico vero e proprio, lavoro che potremmo sinteticamente definire una *cura di deprivazione libidica*.

Nella *resistenza*, con cui l'Io da un lato si difende dal ritorno del rimosso e dall'altro, ancor più tenacemente, dalla sua analisi, trova espressione soprattutto il materiale mnestico preconsciouso o i tratti manifesti del carattere del paziente e le formazioni ideali, sostenuti dall'Io. Nel corso dell'analisi, tutte queste resistenze, che hanno un peso molto diverso e che intervengono nel modo descritto nel processo del transfert libidico, vengono gradualmente superate. Di solito le prime a comparire sono le resistenze narcisistiche e della formazione degli ideali, che promanano dall'Io, il cui superamento pone spesso le maggiori difficoltà in quanto, per così dire, l'intera personalità attuale del paziente, in tutta la sua mole, sbarra la strada al deflusso automatico della libido perseguito dall'inconscio. Spesso è possibile superare le resistenze dell'Io solo ferendo il narcisismo del paziente o sospendendo temporaneamente gli antichi ideali dell'Io, dopodiché il flusso libidico – o, più correttamente, l'espressione affettiva dei moti pulsionali libidici – può svilupparsi più liberamente di prima. Dai fenomeni del transfert, che sono per così dire un calco dell'antica situazione libidica infantile, si riesce a ricostruire le parti fondamentali dello sviluppo infantile disturbato dell'individuo, grazie alla traduzione delle espressioni inconse nel linguaggio della coscienza e alla tendenza alla ripetizione delle antiche situazioni libidiche.

Mentre nella fase di resistenza il paziente, sotto l'influsso della situazione analitica, per così dire assembla materiale mnestico preconsciouso relativo alle sue diverse sfere di interesse e centri di investimento, nella presa di coscienza delle tendenze libidiche operanti nel *transfert* si ha sempre la *riproduzione di situazioni che per lo più non sono mai state cosce*, in quanto sviluppatasi a partire da tendenze e impulsi che nello sviluppo infantile erano stati vissuti solo parzialmente e subito rimossi. Analizzando nel transfert questi moti di desiderio “abortiti” durante l'infanzia, che nell'inconscio continuano a preme-re per la scarica mentre sono stati da tempo ripudiati dall'Io (conflitto nevroti-

co), diamo al paziente la possibilità di “vivere” questi desideri *intensamente per la prima volta* e lo mettiamo in grado, grazie alla comprensione così acquisita, di ripristinare l’adattamento alla realtà senza ricorrere a modalità reattive patologiche. La principale resistenza da superare in questo caso è l’*angoscia* infantile o la sua connessione col conflitto libidico genitoriale che si manifesta come *sensò di colpa* inconscio. Quest’ultimo reca già in sé materiale conflittuale, in quanto nasce dalla lotta dell’Io, o dell’Ideale dell’Io, contro le tendenze libidiche e i corrispondenti moti di desiderio. Il nevrotico soffre infatti, come mostra l’esempio classico della nevrosi ossessiva – ma come si può chiaramente riconoscere in qualsiasi altra forma di disturbo psichico (perversione, psicosi, ecc.) – di un eccesso di sensi di colpa inconsci. Se si riesce analiticamente, attraverso una parziale risoluzione e un’abreazione sotto forma di paura, a ridurre a un livello normale questi sensi di colpa operati dalla rimozione, le tendenze libidiche tenute in scacco e inibite fin dall’infanzia potranno farsi strada sotto forma di transfert, essere rese consce e, grazie all’*insight* analitico, venir rielaborate dall’Io attuale in modi nuovi e più appropriati. È noto che questa rielaborazione può prendere in parte la via del rifiuto critico (nuovo Ideale dell’Io), in parte quella della sublimazione e in parte dell’*accettazione* (espressione)⁵. La situazione analitica stessa, che consente l’espressione temporanea della libido transferale, sia pure in fantasia, dà ampio sfogo ai soddisfacimenti libidici che fino a quel momento erano stati ripudiati dall’Io. Ma a questo punto dell’analisi occorre, decifrando il materiale riprodotto nel transfert, non soltanto ricostruire le fissazioni dello sviluppo libidico infantile del paziente, ma anche creare per la prima volta una via di scarica per le tendenze libidiche patogene, liberando contemporaneamente il paziente dal giogo del senso di colpa (angoscia). Poiché si tratta anche di rivivere, riprodurre, e non solo di ricordare il materiale pre conscio, il paziente cercherà ovviamente di sottrarre alla ripetizione *analitica* determinate situazioni per lui preziose sul piano libidico, attraverso una ripetizione *reale*, cosa che bisogna assolutamente riconoscere e per quanto possibile evitare – in casi estremi ricorrendo a un intervento attivo (divieto). Questo fenomeno è ben diverso dalla ripetizione analitica, che dà la possibilità non solo di riprodurre determinate situazioni in analisi, ma anche di imparare a *comprenderle* analiticamente e a controllarle. La spiegazione diretta data al paziente si rivela spesso soltanto un mezzo per facilitare la riproduzione delle situazioni rimosse che in sé e per sé non possono essere “ricordate” perché, come abbiamo visto, non sono mai state consce. Oltre a dare al paziente queste informazioni su ciò che potrà *aspettarsi* in connessione con le sue associazioni e resistenze, la *frustrazione libidica* rappresenta uno strumento fondamentale per favorire la

⁵ Questa rielaborazione non deve essere intesa come indirizzata a un fine specifico. È accettabilissimo che una parte della libido resasi disponibile al nevrotico venga impiegata per un soddisfacimento diretto, in quanto parte della vita normale, e non debba dunque essere abbandonata.

riproduzione. Il paziente deve essere tenuto in questo stato di frustrazione per tutto il corso dell'analisi, in quanto la nevrosi si è instaurata per effetto della privazione di un soddisfacimento libidico precedentemente consentito. Grazie alla frustrazione libidica si impedisce anche che gli affetti si stemperino *pre-maturamente* nella situazione transferale e, continuando a interpretare e a chiarire i tentativi di gratificazione, si spinge la libido fino ai punti da cui ha preso avvio lo sviluppo difettoso (punti di fissazione).

Una volta che la libido infantile del paziente si è in tal modo liberata dalla rimozione (dall'angoscia e dal senso di colpa) ed egli con la nostra assistenza "attiva" ha trovato il coraggio di riconoscere le proprie tendenze libidiche, il passo successivo sarà quello di *svincolare* dalla situazione analitica la libido infantile riprodottasi nella situazione transferale e rimetterla a disposizione del paziente per essere impiegata in modo nuovo e più adeguato. Questo compito spetta a una particolare fase dell'analisi, che abbiamo chiamato *disassuefazione dalla libido* e che segna la corretta risoluzione del transfert. Il fatto che il paziente è maturo per questa fase è indicato da molteplici segnali inconfondibili, di carattere più o meno esplicito. L'elemento principale, già individuato da Freud, è il fatto che l'analisi si trasforma in una sorta di nevrosi artificiale, prendendo il posto della nevrosi originaria (fissazione libidica su elementi attuali anziché infantili) e, per così dire, diventa essa stessa una compulsione. A questo punto si tratta soltanto di risolvere, mediante un adeguato "lavoro di rielaborazione", questa nevrosi di transfert artificiale, con i suoi nuovi, attuali punti di fissazione. Ciò si compie dipanando il transfert con la stessa *gradualità* che ha caratterizzato il processo di flusso libidico automatico nella prima fase, inizialmente ostacolato dalle resistenze dell'Io. In questo sviluppo e risoluzione graduale della situazione analitica trova chiara espressione l'essenza dell'analisi, quella di un processo di spostamento o dislocazione della libido con uno specifico *decorso temporale*.

A questo punto dell'analisi, in cui lo sviluppo libidico del paziente si è, per così dire, completamente dipanato e dal rocchetto [Freud, 1920, pp. 200-203] della fissazione infantile si è *traslato* sul rocchetto della fissazione analitica – un processo in cui per lo meno tutti i punti di fissazione libidici patogeni sono stati riprodotti come in una sequenza cinematografica – l'analista *interviene nel decorso temporale stesso*. Egli infatti *pone un limite temporale* allo svolgimento dell'ultima parte dell'analisi, cioè la traslazione dal rocchetto analitico a quello reale, mentre la libido del paziente, nel suo corso automatico, tenderà d'ora in poi a fissarsi sull'analisi come sostituto della nevrosi.

In questa ultima fase dell'analisi, in cui deve essere già stata appurata la capacità del paziente di tollerare la deprivazione libidica, compaiono naturalmente nuove resistenze provenienti dall'Io, che assumono la forma di una generale svalutazione dell'intero lavoro analitico e di un rifiuto dei suoi risultati, giacché l'inconscio del paziente è disposto ad accettare l'analisi solo in cambio di una gratificazione libidica reale nel transfert. Adesso il paziente deve *rinunciare* a questa gratificazione, e al tempo stesso deve *accettare i risultati*

dell'analisi e i cambiamenti di atteggiamento che ne sono scaturiti. Si tratta di una prova di pazienza per il paziente, che, mosso dalla frustrazione nevrotica, si sforza di dimostrare che la deprivazione libidica mette a repentaglio anche la cura, mentre in realtà è proprio l'unica strada che permette di portare definitivamente a termine il compito analitico. La scadenza che è stata fissata per la conclusione dell'analisi, una volta che si è formata la nevrosi di transfert, deve essere rispettata rigorosamente, senza lasciarsi indurre a congedare anticipatamente il paziente dagli eventuali "progressi" apparenti che egli compie sotto la pressione dell'imposizione della scadenza. Infatti è proprio in questa fase finale che si possono compiere i passi decisivi per il successo terapeutico, passi che nelle fasi precedenti erano stati soltanto preparati.

Retrospectivamente possiamo ora così riassumere il vero significato del trattamento analitico: l'essenziale dell'analisi consiste, come detto, in un processo di flusso libidico limitato nel tempo, nel corso del quale trovano parziale soddisfacimento nel transfert tutte le pretese della libido infantile; di fatto però, mentre si concede il loro soddisfacimento in fantasia, esse vengono gradualmente dissolte fino al definitivo adattamento conscio. Questa concezione dell'analisi, con riferimento ai contenuti e ai rapporti delle reazioni libidiche esplicitati da Freud, suggerisce di formulare come segue il processo della cura analitica e le situazioni analitiche in cui esso culmina.

Portando il paziente a ritornare libidicamente all'antico rapporto genitoriale, gli consentiamo, per così dire, di riportare gradualmente la sua personalità attuale ai suoi stadi infantili. Di conseguenza la prima fase dell'analisi si concentra su questa modificazione dell'assetto mentale del paziente, o meglio, su questa regressione a un assetto antecedente, per cui il paziente ritira l'investimento da tutte le propaggini altamente evolute del sistema dell'Io (la sua personalità, la sua nevrosi) per reincanalarlo lungo i binari dell'antica libido edipica e pre-edipica. Questo è l'obiettivo inconscio che guida il paziente e traspare sullo sfondo da tutte le sue associazioni, sia nelle espressioni della sua libido, sia nelle espressioni inibitorie delle resistenze dell'Io. L'intero processo sottostà all'enorme pressione della libido infantile, che finalmente intravede una possibilità di gratificazione, e procede con la concomitante protesta di tutta la personalità attuale che, col suo Ideale dell'Io e le sue tendenze pseudo-narcisistiche, si oppone a questo ritorno alla modalità infantile. Quanto più forte è la pressione delle tendenze libidiche che confluiscono nel transfert, tanto maggiori sono anche le resistenze inibitorie dell'Io. Ciò illustra in modo chiaro il significato della proposizione secondo cui l'unica cosa che si deve fare è vincere le resistenze che si oppongono allo sviluppo del transfert libidico. E per fortuna che ci sono queste resistenze, bisogna aggiungere, perché altrimenti lo sforzo analitico verrebbe spazzato via dall'impeto e dall'irruenza delle correnti libidiche. *La vera resistenza, lungi dal disturbare il lavoro analitico*, ne è addirittura la premessa, in quanto regola e dosa il suo andamento come le molle di un orologio. D'altro canto non si deve credere che la resistenza abbia unicamente la *funzione* di inibire il flusso libidico e

rendere così possibile l'analisi; essa è importante anche per il suo *contenuto*, perché la sua presenza indica quasi sempre che il paziente *riproduce* invece di ricordare e il suo materiale rivela ciò che egli vuole sottrarre all'elaborazione analitica con la riproduzione. Da questa prospettiva il *superamento delle resistenze libidiche nella situazione analitica* è uno dei più importanti risultati della tecnica psicoanalitica.

Una volta che si è compiuto questo primo adattamento alla situazione analitica e pertanto l'analista è stato messo al posto dell'Ideale dell'Io libidico (padre o madre), abbiamo ricondotto artificialmente alla sua matrice la nevrosi originaria derivante dalla situazione edipica – che si è staccata da questo terreno attraverso successive, continue rimozioni – e pertanto abbiamo instaurato il transfert a livello interamente inconscio. Adesso questo transfert verrà utilizzato per convertire l'antica “nevrosi edipica”, che per l'influenza dello sviluppo dell'Io si era trasformata in una delle forme cliniche a noi note, in una nuova *nevrosi analitica di transfert*. *Ciò si attua traducendo in modo coerente il materiale inconscio, in ogni sua manifestazione e nelle relative interpretazioni, sia in base al significato nella situazione analitica sia, parallelamente, in base al significato infantile*. Su questa via, sperimentando e vivendo fino in fondo per la prima volta i moti libidici infantili, e grazie alla loro costante risoluzione nel senso della presa di coscienza in stato di frustrazione, il paziente impara infine a rinunciare definitivamente all'inadeguata realizzazione e al soddisfacimento patologico della sua libido infantile, che ora viene rifiutata criticamente anche dal suo nuovo Ideale dell'Io. Questa è la rieducazione cui il nevrotico nell'analisi deve sottoporre la sua libido: permettiamo al paziente, per mezzo del transfert, di regredire gradualmente all'epoca della formazione del “complesso di Edipo” (e non della situazione già consolidata) e, attraverso la spiegazione dei nessi transferali e il superamento delle resistenze, gli rendiamo disponibili e percorribili le vie di collegamento e di scarica che in precedenza erano bloccate dalla rimozione.

Nell'esecuzione corretta e coerente di questo compito sono racchiusi i più importanti problemi tecnici della psicoanalisi. Infatti, lo specifico modo in cui la normale libido edipica è stata elaborata dall'Io nei singoli casi (di solito mediante rimozione) si esprime nei fenomeni del transfert e della resistenza, che dunque non resta che comprendere, riorientare correttamente e risolvere. La ripetuta esperienza analitica, che ha avuto riflessi anche sulla teoria, mostra che emergono qui determinate forme espressive tipiche, così come esistono modi tipici in cui l'Io cerca di sbarazzarsi della libido – i tipi nevrotici e i tipi caratteriali.

C'è per esempio un fenomeno che sembra ripetersi regolarmente in analisi come reazione alla riproduzione della situazione edipica: la comparsa del complesso di castrazione. Si allude qui, per l'uomo, al ritiro della libido dalla madre come oggetto e all'identificazione con lei, processo dal quale possono svilupparsi le forme patologiche più diverse (Rank, 1922) a seconda del destino della rimozione del senso di colpa inconscio che funge da motore; per la

donna, si allude al ritiro dal padre e all'identificazione con lui, nel senso del persistere del desiderio infantile del pene. Così come nello sviluppo infantile questi meccanismi servono a evitare il rispettivo ruolo edipico, anche nell'analisi, che riattiva questa situazione, il complesso di castrazione ricompare nella forma del cosiddetto "*complesso edipico negativo*". Ciò che dunque vediamo in analisi come "complesso di castrazione" riflette un *uso nevrotico* (sintomo di difesa) della normale bisessualità infantile, cioè uno stadio di sviluppo in cui non esisteva ancora una differenziazione tra i sessi. Ovviamente questo sintomo rimanda a stadi infantili profondi, comuni a entrambi i sessi, che in questa sede non possiamo approfondire (Rank, 1924).

Partendo dalla nevrosi già consolidata che si manifesta nei sintomi clinici, portiamo il paziente alla nevrosi di transfert e gli permettiamo così di vivere in analisi la "nevrosi originaria" del conflitto edipico, con tutte le fasi precedenti, che di fatto non aveva mai raggiunto uno stadio conclamato. In tal modo la malattia, che doveva sostituire queste manifestazioni primordiali inadeguatamente rimosse, decade e diviene superflua. I due tempi dell'intervento analitico, l'attivazione della nevrosi originaria e la sua dissoluzione, sembrano rispecchiare i due tempi della formazione della nevrosi, la nevrosi infantile e la nevrosi clinica, una scansione temporale che deriva a sua volta – nella spiegazione freudiana – dalla circostanza biologica che lo sviluppo sessuale caratteristico dell'uomo si attua in due fasi⁶.

La nevrosi corrisponderebbe a un estendersi della prima fase di sviluppo e di rimozione – per sua natura parziale e superata in modo incompleto – alla fase della maturità sessuale. Nell'inconscio il nevrotico resterebbe dunque confinato a questo stadio conflittuale biologico primitivo, che giustifica tanto il carattere infantile delle nevrosi quanto la necessità della rieducazione analitica. Pertanto dietro a ogni nevrosi non solo si nasconde una nevrosi infantile, ma l'analisi ha esattamente il compito di attivare la nevrosi infantile che sottostà a quella clinica, vale a dire ritrasformare quest'ultima nei suoi stadi conflittuali primitivi, anche qualora essi non siano mai stati manifesti. Infatti è possibile ripetere e neutralizzare *psichicamente* questa nevrosi originaria soltanto mediante la riproduzione che viene principalmente sperimentata nel transfert.

La psicoanalisi permette dunque al paziente di rivivere – e talvolta di vivere per la prima volta – la situazione originaria della libido infantile e il suo parziale soddisfacimento a condizione che egli rinunci consapevolmente a una sua realizzazione inadeguata. Questo compito può essere affrontato dall'Io adulto del paziente sotto la pressione dell'analisi, che lo mette in grado di tollerare consapevolmente l'amore edipico non corrisposto. Proprio questa capacità di tollerare una parziale rinuncia senza attuare una rimozione in blocco

⁶ Si è verificato qui il raro caso per cui una concezione derivata da bisogni puramente pratici (tecnici) si è rivelata una conferma *a posteriori* di un'ipotesi teorica precedente, e non solo una sua applicazione meccanica.

permette all'individuo di cogliere le opportunità di soddisfacimento sostitutivo che gli si offrono nella realtà. Durante l'analisi le pulsioni amorose infantili, inibite nel loro sviluppo e che continuano a sopravvivere nell'inconscio, premono per riprodursi (nel transfert) o vengono portate a espressione per mezzo della nostra tecnica. In un'analisi ben condotta non si ripete dunque l'intera evoluzione dell'individuo, ma solo quelle fasi della libido a cui l'Io è rimasto fissato nonostante la loro inadeguatezza.

Per rispondere alla domanda teorica se l'analisi sia un'educazione dell'Io oppure una *educazione delle pulsioni amorose*, si può dire in prima approssimazione che la prima fase di ogni analisi è un'educazione dell'Io, nella misura in cui si abitua l'Io del paziente a riconoscere le forme di espressione libidica contrapposte all'Io e si impedisce il ripetersi dell'antico processo di rimozione. In una fase successiva, una volta che si è sviluppato il transfert, si assiste al dispiegarsi completo dello sviluppo libidico bloccato durante l'infanzia; nella fase di disassuefazione o deprivazione sono di nuovo le energie dell'Io, le forze derivanti dal nuovo Ideale dell'Io, a spingere ad adattarsi alla realtà i moti così risvegliatisi. Ovviamente queste forze dell'Io non devono essere imposte al paziente con prediche morali od obiettivi anagogici⁷. Esse sono infatti presenti fin dall'inizio in ogni paziente che non abbia una grave patologia mentale, esattamente come la tendenza al transfert; ed è sempre grazie a esse che si ha il processo di guarigione (l'*ulteriore* transfert della libido dal medico sugli "oggetti più reali" della vita). Senza l'aiuto delle forze dell'Io e senza una quota di naturale egoismo, l'obiettivo ultimo della psicoanalisi, la disassuefazione dalla cura, sarebbe irraggiungibile. Infatti in questa fase si deve portare il paziente attraverso l'amore per il medico a rinunciare proprio a questo amore. Una *contradictio in adjecto*, un obiettivo irrealizzabile, se la razionalità del paziente non prendesse parte al processo. Dopo aver maturato la *convinzione* che l'amore dell'analista è per lui davvero irraggiungibile nella *realtà* (e che le cose stanno così lo capisce soltanto nell'ultimissima fase della cura), il paziente riconosce consapevolmente ed emotivamente la non realizzabilità delle pretese libidiche infantili e si accontenta di ciò che per il resto la vita gli offre. È incredibile vedere con quale rapidità la libido sganciatisi dalla cura viene investita in nuovi progetti di vita. Verso la fine del

⁷ Il termine "anagogico" deriva dal greco ἀναγωγικός (lett. "conoscere a fondo"), e in psicoanalisi fu usato da Herbert Silberer (1882-1923), un collega di Freud della Società psicoanalitica di Vienna. Per Silberer (1914) una "interpretazione anagogica" riguarda le formazioni simboliche (miti, sogni, ecc.) nel loro significato morale universale, quindi «prescinde dai moti pulsionali e mira a descrivere le più elevate prestazioni psichiche» (Freud, 1915-17, pp. 403-404), per cui è diversa dalla tipica interpretazione psicoanalitica che riduce i simboli al loro contenuto particolare, ad esempio sessuale (per un approfondimento, vedi Freud, 1915, p. 95, nota 4). Le ricerche di Silberer – che esplorò il rapporto tra psicologia, misticismo e tradizioni esoteriche – furono naturalmente molto apprezzate da Jung, che nel suo libro del 1944 *Psicologia e alchimia* ne riconoscerà l'influenza. Silberer, per le sue posizioni, fu allontanato dal circolo dei seguaci di Freud, e nel 1923 si suicidò per impiccagione. [N.d.R.]

trattamento, in un brevissimo lasso di tempo, vediamo dispiegarsi davanti ai nostri occhi il processo della sublimazione, che nella vita normale ha bisogno di anni di educazione, e questo senza che sia stata necessaria alcuna particolare preparazione. La libido resasi disponibile si impadronisce spontaneamente di tutte le facoltà, di tutte le possibilità di scarica che le consentono di esprimersi in accordo con l'Io.

2. *La dissoluzione della fissazione libidica nell'esperienza analitica*

La creazione della situazione *analitica* riespone il paziente al suo *trauma infantile*, offrendo il reale oggetto di un tempo alla sua libido edipica insoddisfatta che era stata nevroticamente spostata su oggetti inadeguati. Il deflusso dell'eccitamento libidico che viene così messo in moto rappresenta per l'inconscio del paziente un soddisfacimento che lo tiene legato alla situazione analitica, soddisfacimento che egli non è in grado di trovare in alcuna circostanza della vita reale. Noi forniamo al paziente l'*imago* genitoriale di cui va in cerca fin dalla prima infanzia, grazie alla quale egli può esprimere affettivamente la propria libido. Identificandoci con la madre o con il padre, il paziente mostra chiaramente che è questa *imago* genitoriale ideale che sta cercando, immagine che noi tuttavia non possiamo offrirgli alla lunga nella forma da lui desiderata. Se tuttavia lo facessimo – cosa che succede abbastanza spesso – “guariremmo” apparentemente il paziente facendo di lui un innamorato felice, mentre l'analisi deve portarlo alla rinuncia parziale di questa libido infantile attraverso la comprensione della sua irrealizzabilità. Dobbiamo in definitiva mostrargli attraverso, per così dire, un'*esperienza dolorosa* che – e in che modo – l'appagamento dei suoi moti libidici contraddice il suo Ideale dell'Io adulto.

All'interno del transfert, e per suo tramite, si forma un nuovo ideale provvisorio, al quale l'Ideale dell'Io portato dal paziente si oppone con la resistenza, e che invece è sostenuto dall'antica componente infantile rimossa. Assumendo in un primo tempo il ruolo di “avvocato del rimosso” – per dirla con Freud – possiamo sconfiggere le resistenze provenienti dall'Io. Una delle manifestazioni più frequenti della resistenza all'inizio dell'analisi è l'identificazione col padre, che assume la forma del caparbio desiderio di superarlo in ogni cosa, desiderio che si oppone all'accettazione della situazione infantile che si riproduce in analisi. Già questa prima fase dell'analisi delle resistenze dell'Io richiede talvolta un intervento *attivo* da parte dell'analista, che tuttavia non deve oltrepassare la quota analitica di autorità genitoriale che gli viene dal transfert. Una volta che le resistenze dell'Io sono superate e il transfert si è ampiamente instaurato, esso verrà sfruttato per la riproduzione analitica, fino al momento in cui *dal transfert stesso* emergerà la seconda grande resistenza di ogni analisi dopo quella dell'Io, la *resistenza della libido*, vale a dire la naturale riluttanza ad accettare la frustrazione imposta di necessità, cioè il riconoscimento che i desideri sono irrealizzabili nel contesto analitico. Solo a

questo punto il transfert, da elemento che facilita l'analisi, diviene il suo oggetto, e deve essere spiegato al paziente in quanto tale.

In linea generale non bisogna sopravvalutare il *valore terapeutico di queste spiegazioni*, che non hanno direttamente lo scopo di vincere una resistenza. Si pensi al ben noto caso degli ossessivi, che spesso dopo anni di terapia hanno sulla punta delle dita l'intero sapere analitico del proprio analista e sono persino più bravi di lui nell'interpretare i propri sintomi, senza che ciò li abbia minimamente aiutati nella propria vita. Per quante cose abbia capito e imparato dal suo analista, ciò non implica che il paziente abbia anche fatto una qualche *esperienza diretta* che gli abbia avvicinato questo "sapere" anche interiormente. Ma non è necessario spingersi a questi estremi per convincersi dell'inutilità terapeutica della "semplice conoscenza". Basta pensare a coloro che giungono per lo più per ragioni nevrotiche alla pratica professionale analitica e che poi si accorgono, dopo alcuni insuccessi, che loro stessi hanno bisogno di un'analisi. Queste persone arrivano di solito alla cura con conoscenze analitiche più o meno elaborate (anche sui propri sintomi), conoscenze che, come il loro caso dimostra, non sono state sufficienti a tenerle lontane dalla nevrosi né a guarirle. Sembra invece che la pratica psicoanalitica fosse essa stessa soltanto un sintomo della loro nevrosi, nella misura in cui l'analisi riattivava anche in loro l'antica situazione edipica che pertanto non erano in grado di risolvere completamente nei loro pazienti⁸. Analizzare queste persone sarebbe didatticamente molto istruttivo per gli analisti alle prime armi e li salvaguarderebbe probabilmente da alcuni errori tecnici. Si troverebbero infatti di fronte un paziente il cui sapere teorico in campo analitico è grossomodo paragonabile al loro e dovrebbero confrontarsi con la scoperta che influenzare terapeuticamente un paziente è una cosa completamente diversa della mera trasmissione di conoscenze teoriche. Paragonare questo tipo di analisi con quelle di pazienti *naïf* è il miglior modo per comprendere che *tutte le spiegazioni e traduzioni non sono che un primo ausilio* che serve a trasmettere al paziente un'idea di ciò che accadrà nell'esperienza analitica. Non c'è da temere che il paziente "si spaventi" per una spiegazione prematura ed entri in uno stato di resistenza. Tuttavia vi sono situazioni in analisi in cui il non interpretare è la reazione corretta, così da ottenere dal paziente tutto il materiale pertinente a una data situazione; con un'interpretazione prematura dell'ultimo motivo inconscio potrebbero infatti sfuggire le componenti intermedie delle associazioni, talvolta estremamente importanti⁹. Se l'analista non comprende e non domina la situazione analitica, non gli resta però altro che lasciar "associare"

⁸ Ci è già capitato di vedere come alcuni analisti abbiano reagito al confronto analitico consapevole sulla base della propria nevrosi latente, da cui hanno derivato le proprie resistenze elaborandole in forma di obiezioni scientifiche.

⁹ Sarebbe come interpretare simbolicamente lo smarrimento di un oggetto semplicemente come "castrazione", senza preoccuparsi del meccanismo psichico più sottile dell'atto mancato (vittima, senso di colpa).

il paziente e “interpretare” le singole associazioni come tali, il che però alla lunga riduce l’analisi al livello di un esperimento associativo, come se si trattasse di dimostrare al paziente che ha dei complessi o quali essi sono.

Secondo un principio fondamentale della tecnica analitica, l’analista deve uscire dalla sua posizione di osservatore passivo, intervenendo in senso regolatorio sul flusso libidico del paziente nel modo sopra specificato soltanto quando è davvero necessario, cioè, di norma, quando lo richiedono le resistenze. Possibilmente ciò deve avvenire solo nelle poche situazioni importanti e davvero decisive dell’analisi, mentre si deve rinunciare a interpretare i dettagli in modo troppo coscienzioso e a voler capire e tradurre per il paziente tutto ciò che dice o fa. Un tale eccesso di zelo significa trascurare il fatto, non privo di significato anche sul piano teorico, che spesso le associazioni prodotte dell’Io puntano in una direzione ben precisa, ed è in *questo* senso che vanno chiarite al paziente, invece di perdersi in singoli dettagli interpretativi. Lo stesso principio deve essere osservato ancor più rigorosamente nella *interpretazione dei sogni*, che nella prassi analitica non deve certo essere condotta come se si trattasse di confermare la correttezza della teoria del sogno¹⁰, bensì cercando di ricavare dal sogno gli elementi importanti per la situazione analitica. Viceversa, si compie il fatale errore di trascurare, per l’interesse psicologico, il compito attuale, che consiste nel comprendere e interpretare ogni esternazione dell’analizzando *soprattutto* in termini di reazione alla situazione analitica contingente (difesa o accettazione delle affermazioni dell’analista, reazioni emotive a esse, ecc.); e nel far ciò è importante distinguere in queste reazioni ciò che è provocato dalla situazione del momento e ciò che è ripetizione dell’infanzia, e occasionalmente riconoscere e far riconoscere al paziente ciò che è comune a entrambi.

Se questo vale per ogni singolo sintomo, per ogni sogno, persino per la comprensione delle singole associazioni, a maggior ragione vale per la situazione analitica nel suo complesso. È quindi particolarmente importante analizzare le circostanze inconsce che hanno portato il paziente in analisi, nonché tutte le condizioni e le esigenze che egli connette alla conclusione dell’analisi, tra cui in particolare le eventuali condizioni di natura temporale – per esempio, nel caso insista fin dall’inizio per definire un termine per la conclusione della cura. Una tale presa di posizione, se non viene subito risolta analiticamente, può vanificare la riuscita finale anche dell’analisi condotta nel migliore dei modi.

Queste riflessioni mostrano chiaramente che – nonostante l’ampliamento delle nostre conoscenze – l’originaria *abreazione degli affetti* resta ancor sempre il *principale agente terapeutico*, con l’importante integrazione che ora

¹⁰ Nel frattempo è stato pubblicato lo scritto di Freud (1922) a cui si fa qui riferimento. Le “analisi di sogni”, talvolta pubblicate con orgoglio, alle quali si sono dedicate molte ore di “lavoro”, non sono prove valide per l’analista, per quanto interessante sia il materiale di questi studi per la psicologia del sogno o per la tecnica interpretativa.

non lasciamo che la scarica sia meccanicamente guidata dalla coazione a ripetere e che il processo non è più limitato a un singolo affetto “incapsulato”. Vi è un’enorme differenza tra l’abreazione nella catarsi e quella nell’“esperienza analitica” come noi la intendiamo: mentre nella catarsi si mirava a provocare il deflusso affettivo in diretta connessione con il riattualizzarsi delle tracce mnestiche patogene, nella nostra attuale tecnica analitica gli affetti patologicamente attivi vengono fatti defluire sul rapporto col medico e con l’analisi, dunque sulla situazione analitica, e poi queste espressioni affettive vengono impiegate miratamente per riportare o riprodurre nel ricordo spontaneo gli elementi traumaticamente attivi del passato (Ferenczi, 1920)¹¹.

Nella differenza qui illustrata tra l’obiettivo di *cercare i ricordi* per arrivare agli affetti e quello di *provocare gli affetti* per smascherare l’inconscio si situa anche la ragione più profonda del fatto che l’analisi come scienza abbia dovuto attraversare una fase conoscitiva teorica prima di giungere alla piena valorizzazione del fattore dell’esperienza.

Solo a questo punto possiamo comprendere e risolvere l’apparente contraddizione tra la concezione freudiana che attribuisce la massima importanza al ricordare e la nostra enfasi sulla riproduzione dell’esperienza. Anche l’obiettivo da noi perseguito di provocare la ripetizione nella situazione analitica ha fundamentalmente lo scopo di procurare al paziente – grazie a questa esperienza – nuovi ricordi attuali al posto dei complessi patogeni che fino a quel momento restavano separati dagli altri contenuti psichici. Questi complessi patogeni vengono risvegliati e immessi nel “ricordo” durante l’esperienza stessa attraverso la presa di coscienza, senza che venga lasciato al paziente il tempo per “rimuoverli”. In tal modo il fattore decisivo della cura resta sempre il ricordare, dove di fatto si tratta ogni volta di trasformare una modalità di ripetizione per così dire organica – il riprodurre – in un tipo di ripetizione psichica – il ricordare – che in definitiva è anch’esso una forma di coazione a ripetere mnestica. Considerando questo processo, si chiarisce anche perché proprio la frustrazione analitica, che in un certo senso rappresenta per il paziente una ripetizione del trauma, è indispensabile per portare il paziente al convincimento nella cura. La presa di coscienza è infatti un fenomeno psichico che gli esseri viventi non mettono in atto se non sotto la pressione di una situazione di frustrazione, dunque per evitare il dispiacere (Ferenczi, 1909). A qualsiasi conoscenza acquisita in altro modo, per quanto stringente possa essere sul piano logico, manca questa forza di convinzione.

Per questo motivo nell’analisi dobbiamo spingere l’individuo a riprodurre la porzione essenzialmente inconscia del suo sviluppo difettoso e permettergli di esprimere una parte della libido frustrata, a condizione che egli attraverso questa espressione e la contemporanea comprensione dei suoi meccanismi rinunci all’adattamento inadeguato e lo sostituisca con uno più reale sulla base

¹¹ Occasionalmente si arriva anche a scariche “catartiche” spontanee, per lo più in connessione con materiale mnestico rimosso non troppo profondamente.

di una nuova spinta evolutiva. Ciò avviene convogliando i flussi eccitatori dalle fantasie inconse nel pensiero preconsciouso superiore. In questo modo si spiana anche per la prima volta la strada alla scarica degli affetti, e l'intera esistenza psichica viene innalzata a un livello superiore, il livello dell'adattamento alla realtà. L'analisi correttamente condotta è in questa prospettiva, per così dire, un processo *sociale*, una «formazione collettiva a due», secondo l'espressione di Freud [1921, p. 302], dove l'analista deve fungere da rappresentante dei diversi aspetti dell'ambiente del paziente, e in particolare delle persone importanti del suo ambiente umano.

III. Retrospettiva storico-critica

Dopo aver sinteticamente illustrato la nostra idea di metodo analitico, siamo ora in grado di riconoscere retrospettivamente come molte tecniche erronee siano riconducibili a un'adesione anacronistica a determinate fasi di sviluppo delle conoscenze analitiche. Naturalmente tali fenomeni potevano verificarsi – e si sono verificati – a tutti i livelli del progresso analitico, e sussistono o si ripetono ancor oggi.

Vorremmo cercare di mostrare con singoli esempi in che modo ciò vada inteso, e così non solo gettar luce sullo sviluppo storico della psicoanalisi, ma anche, e soprattutto, contribuire a che in futuro si eviti di imboccare strade sbagliate. Ciò che segue è dunque la descrizione di una serie di metodi tecnici errati, cioè non più corrispondenti alla concezione psicoanalitica attuale.

In considerazione della modalità di osservazione clinico-fenomenologica comunemente in uso in medicina, non ci si deve stupire che nella pratica psicoanalitica si arrivasse a una sorta di *analisi descrittiva*, che a ben guardare è una contraddizione in termini. Questa analisi si limitava di solito all'ascolto, o alla dettagliata descrizione dei sintomi o dei moti perversi del paziente, senza alcun intervento terapeutico, in quanto veniva trascurato il fattore dinamico.

Un analogo fraintendimento nella conduzione dell'analisi era la *raccolta delle associazioni*, come se le associazioni fossero la cosa essenziale e non semplicemente bolle di consapevolezza affioranti alla superficie che si limitano a indicarci in quale punto, ed eventualmente a quale profondità, si nascondono i moti affettivi attivi e soprattutto quali *motivazioni* spingono il paziente a servirsi in quel dato momento proprio di quelle determinate vie associative.

Meno innocuo era il *fanatismo interpretativo*, che, per la rigidità delle traduzioni da manuale, portava a trascurare il fatto che anche la tecnica interpretativa è solo uno degli strumenti di comprensione dello stato psichico inconscio del paziente e non l'obiettivo dell'analisi, tanto meno l'obiettivo principale. Questa traduzione delle associazioni del paziente va considerata in modo analogo alla ricerca di una parola in ambito linguistico, campo da cui è anche tratta la metafora: la ricerca dei termini sconosciuti sul dizionario è un lavoro preliminare indispensabile per *comprendere il testo nel suo complesso*, ma

non è fine a se stessa. Questa “traduzione” deve essere seguita dall’“interpretazione” vera e propria, che connette tra loro le parti. Vista in quest’ottica, vengono meno anche le controversie, tanto frequenti, sulla correttezza di una determinata interpretazione, cioè di una traduzione. Quando gli analisti si domandano se questa o quella “interpretazione” – nel nostro contesto da intendere come traduzione – sia o meno corretta o che cosa “significhi” questo o quell’elemento – per esempio di un sogno – dimostrano di non aver sufficientemente compreso la situazione analitica globale e di sopravvalutare, nel senso sopra indicato, i dettagli isolati. I singoli particolari possono significare una volta una cosa, una volta un’altra; lo stesso simbolo può avere o assumere significati diversi in contesi diversi, in situazioni diverse, sotto la pressione di una resistenza o in seguito al suo affievolirsi. Nell’analisi sono importantissimi i piccoli dettagli, gli elementi apparentemente secondari, come il tono della voce, i gesti, le espressioni del volto; moltissimo dipende dall’interpolazione riuscita, dai nessi di significato, dal *sensu* che le affermazioni del paziente vengono ad assumere in risonanza coi suoi commenti inconsci e con la nostra interpretazione. La tecnica dell’interpretazione ha dunque dimenticato, per l’enfasi sulla “corretta” traduzione dei dettagli, che anche il tutto, cioè *la situazione analitica del paziente in quanto tale*, ha un significato, anzi il significato principale; solo dalla comprensione globale deriva la corretta interpretazione dei dettagli dei brani tradotti, e precisamente in modo certo e immediato, mentre il fanatismo della traduzione porta allo schematismo ed è terapeuticamente inefficace.

Un altro errore metodologico è scaturito dall’adesione anacronistica alla fase dell’*analisi dei sintomi*. Come si sa, c’è stato un periodo iniziale in psicoanalisi in cui partendo dai singoli sintomi e mediante la pressione suggestiva venivano rievocati dall’inconscio i ricordi che producevano i sintomi. Questo metodo è stato ampiamente superato dagli sviluppi successivi della tecnica psicoanalitica. Adesso infatti non si tratta più di far scomparire i sintomi, cosa che può essere facilmente ottenuta con qualsiasi metodo suggestivo, bensì di impedire che ritornino, vale a dire di rendere l’Io del paziente più resistente. Per raggiungere tale scopo è necessaria un’analisi dell’intera personalità. Pertanto l’analista – in base alle indicazioni di Freud – deve partire sempre dalla superficie psichica di volta in volta data e non andare alla ricerca dei nessi associativi del sintomo. Evidentemente era troppo comodo e allettante ricavare informazioni sui particolari delle azioni nevrotiche o perverse del paziente facendogli domande dirette e spingendolo a ricordare la storia dell’insorgenza della sua anormalità¹². Solo una serie di esperienze convergenti ci può mettere in grado di comprendere i molteplici “significati” che in taluni casi possono associarsi a un sintomo. Interpellare direttamente il paziente aveva solo l’ef-

¹² Il rifiuto a priori dell’“analisi dei sintomi” non esclude naturalmente l’occasionale domanda al paziente sul motivo della particolare intrusività di una manifestazione sintomatica (per esempio nel caso dei cosiddetti sintomi passeggeri).

fetto di dirigere intempestivamente la sua attenzione sui relativi elementi, facilitando anche il prodursi della resistenza a quello stadio, in quanto il paziente spesso abusava di questa focalizzazione dell'attenzione, in sé non del tutto ingiustificata. Poteva così accadere che si "analizzasse" il paziente per un tempo eccezionalmente lungo senza però arrivare mai alla ricostruzione dell'originaria storia infantile, senza la quale nessun trattamento può essere considerato una vera analisi.

Dobbiamo occuparci un po' più a fondo di una fase dell'analisi che potremmo chiamare "*analisi dei complessi*" e che mantiene una connessione con una tappa importante del rapporto con la psicologia accademica. La parola "complesso" è stata per la prima volta impiegata da Jung [1907] per riassumere in un solo termine un insieme psicologico complesso, per riferirsi a determinate tendenze caratteristiche di una persona o a un gruppo di rappresentazioni interconnesse e affettivamente connotate. Questo impiego del termine sempre più ampio e quindi sempre più vuoto di significato è stato poi modificato da Freud, che ha limitato l'uso della parola "complesso" a designare le *parti inconsce rimosse* di ciascun gruppo di rappresentazioni. Tuttavia, quanto più i fuggenti e fluttuanti processi di investimento della psiche divenivano accessibili all'indagine, tanto più inutile appariva postulare componenti psichiche rigidamente separate e interconnesse, eccitabili e spostabili solo *in toto*; come poi si vede a un'analisi più approfondita, queste componenti erano troppo "complesse" per poter essere considerate non passibili di ulteriore suddivisione¹³. Nei nuovi lavori di Freud la nozione di complesso compare soltanto come retaggio di un periodo superato della teoresi psicoanalitica, e non trova più spazio nel sistema psicoanalitico attuale, soprattutto dalla creazione della metapsicologia [Freud, 1899, cap. 7].

Sarebbe stato più coerente liberarsi di questo lascito del passato ormai inutilizzabile e abbandonare il termine, pur divenuto caro alla maggior parte degli analisti, a vantaggio di una miglior comprensione. E invece di far ciò, l'intera psiche è stata spesso rappresentata come una specie di mosaico di tali complessi e l'analisi è stata condotta con l'obiettivo di "cavar fuori a furia di analisi" un complesso dopo l'altro; oppure si è cercato di trattare l'intera personalità come una somma dei complessi paterno, materno, fraterno, ecc. Era ovviamente facile trovare materiale adeguato, in quanto ogni individuo possiede tutti questi "complessi", nel senso che nel corso dello sviluppo ciascuno deve confrontarsi in qualche modo col rapporto con le persone e le cose che lo circondano. Può darsi che l'enumerazione dei complessi, dei loro elementi e dei

¹³ La traduzione italiana precedente era: «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» (p. 181 ediz. Guaraldi del 1974, p. 206 ediz. Raffaello Cortina del 1992). L'originale tedesco era: «(...) *Seelenbestandteilen, die, wie die genauere Analyse zeigte, viel zu „komplex“ waren, als daß sie wie weiter nicht zerlegbare Elemente hätten behandelt werden dürfen*» (Ferenczi & Rank, 1923 [1924], p. 33). [N.d.T.]

relativi nessi sia utile nella psicologia descrittiva, ma certo non lo è nella pratica analitica con nevrotici; e non lo è neppure nell'indagine analitica delle opere letterarie o della psicologia dei popoli, dove questo metodo ha inevitabilmente portato a una monotonia per nulla giustificata dalla ricchezza del materiale, monotonia che la preferenza ora per l'uno ora per l'altro complesso non ha per nulla mitigato.

Se anche una tale unilateralità può essere a volte ammessa nella descrizione scientifica, è inaccettabile che nella tecnica si coltivi un interesse tanto limitato. L'analisi dei complessi induceva facilmente il paziente a compiacere il proprio analista portandogli "materiale complessuale" a iosa, senza sacrificare nulla dei suoi veri segreti inconsci. In seduta i pazienti raccontavano storie riportando ricordi chiaramente inventati, come non accade mai in un'analisi non pregiudiziale, racconti che non erano altro che prodotti di questa "coltivazione dei complessi". Tali prodotti non dovrebbero essere utilizzati né a livello personale per dimostrare la correttezza della propria tecnica interpretativa, né a livello teorico per supportare ipotesi o dimostrazioni^{14, 15}.

Altrettanto frequente era il fenomeno per cui le associazioni del paziente venivano intempestivamente dirette sulla *sessualità* oppure lo si lasciava fare quando – come spesso accadeva – veniva in analisi con l'aspettativa di dover parlare incessantemente della sua vita sessuale attuale o infantile. A parte il fatto che questo tema non è poi così ubiquitario in psicoanalisi come pensano i nostri oppositori, indulgere nella sessualità mette spesso il paziente nella condizione di paralizzare anche l'efficacia terapeutica della frustrazione analitica.

L'inclusione della teoria dei complessi entro la dinamica analitica non ha inoltre favorito la comprensione dei multiformi e interessanti contenuti psichici che si celano sotto il termine collettivo di "*complesso di castrazione*". Siamo infatti convinti che ricondurre prematuramente i dati di fatto al costrutto teorico di complesso abbia impedito di penetrare gli strati psichici più profondi. Crediamo che resti ancora da assolvere il compito di valorizzare pienamente ciò che l'analista si è abituato a liquidare sotto l'etichetta di "complesso di castrazione", per evitare che questo ausilio esplicativo venga impiegato alla leggera come *ultima ratio* per spiegare così tanti diversi strati e pro-

¹⁴ Un esempio estremo della soggettività di tale predilezione per i complessi lo si trova in [Wilhelm] Stekel, che ha ricondotto gli *stessi* sintomi nevrotici dapprima alla sessualità, poi alla criminalità e infine alla religione. Avendo detto tutto il possibile, può anche darsi che in qualcuna delle sue affermazioni abbia avuto ragione.

¹⁵ La traduzione italiana precedente era: «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 dimostrazioni» (p. 182 ediz. Guaraldi del 1974, p. 207 ediz. Raffaello Cortina del 1992). L'originale tedesco era: «*Derlei Ergebnisse sollten natürlich weder subjektiv für die Richtigkeit der eigenen Deutungstechnik, noch auch zu theoretischen Schlußfolgerungen oder Beweisführungen verwertet werden*» (Ferenczi & Rank, 1923 [1924], p. 34). [N.d.T.]

cessi psichici del paziente¹⁶. Dal punto di vista dinamico, il solo giustificato nella pratica analitica, possiamo spesso riconoscere nelle modalità espressive del complesso di castrazione – per come esso si manifesta nel corso dell’analisi – null’altro che una *forma di resistenza* che il paziente ha eretto nei confronti dei suoi moti libidici profondi¹⁷. Nelle prime fasi di alcune analisi l’angoscia di castrazione può essere smascherata come espressione della paura traslata sull’analista, come difesa dal continuare l’analisi.

Come abbiamo già accennato, alcune difficoltà tecniche sono sorte anche a causa di un *eccessivo sapere* da parte dell’analista. Per esempio, l’importanza della *teoria dello sviluppo sessuale* elaborata da Freud ha portato alcuni analisti ad applicare alla terapia delle nevrosi, in modo distorto ed eccessivamente dogmatico, determinati *autoerotismi* e *sistemi di organizzazione* della sessualità che per primi ci hanno spianato la strada alla comprensione dello sviluppo sessuale normale. Andando alla ricerca degli elementi costitutivi della teoria sessuale, si è talvolta trascurato il compito analitico vero e proprio. Questo tipo di analisi si potrebbe definire una “*analisi degli elementi*” psicochimici. Anche qui si vede come la rilevanza teorica non sempre coincida con la rilevanza pratica. La tecnica non deve scolasticamente portare alla luce tutte le fasi prescritte dello sviluppo libidico nella loro successione temporale, e tanto meno bisogna eleggere a principio di cura delle nevrosi l’identificazione di tutti i dettagli e i rapporti gerarchici descritti nella teoria. Analogamente è superfluo sul piano pratico voler accertare prima tutti gli elementi di base di una “*connessione*” altamente complessa, facendoci sfuggire di mano il filo conduttore psichico che collega pochi elementi di base e li trasforma in fenomeni sempre nuovi e diversi. Per gli erotismi (per esempio anale-uretrale, ecc.) e gli stadi di organizzazione sessuale (orale, sadico-animale e le altre fasi pregenitali) vale lo stesso che per i complessi: senza di essi non vi è sviluppo umano, ma

¹⁶ La traduzione italiana precedente era: «Riteniamo cioè che una piena valutazione di ciò che l’analista nella pratica professionale si è abituato a registrare sbrigativamente sotto il concetto 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» (p. 183 ediz. Guaraldi del 1974, p. 208 ediz. Raffaello Cortina del 1992). L’originale tedesco: «Wir glauben, daß die volle Würdigung dessen, was der analytische Praktiker sich gewöhnt hat, mit der Etikette „Kastrationskomplex“ abzutun, noch aussteht, so daß dieser Erklärungsbehelf nicht leichthin als ultima ratio so vieler und so verschiedener Seelenzustände und Vorgänge im Patienten hingestellt werden sollte» (Ferenczi & Rank, 1923 [1924], p. 35). [N.d.T.]

¹⁷ La traduzione italiana precedente era: «Se ci poniamo dal punto di vista dinamico, il solo che si giustifichi nella pratica clinica, 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» (p. 183 ediz. Guaraldi del 1974, p. 208 ediz. Raffaello Cortina del 1992). L’originale tedesco era: «Wir können von dem in der Praxis einzig gerechtfertigten dynamischen Standpunkt in den Äußerungsformen des Kastrationskomplexes, wie sie sich im Verlauf einer Analyse manifestieren, oft nur eine der Widerstandsformen erkennen, die der Patient den tiefer gelegenen libidinösen Regungen vorgeschaltet hat» (Ferenczi & Rank, 1923 [1924], p. 35). [N.d.T.]

non si deve attribuire agli erotismi quell'importanza per lo sviluppo della malattia che la resistenza, sotto la pressione della situazione analitica, mistificatoriamente ci rimanda.

A un'osservazione più attenta, è stato possibile individuare una certa connessione interna tra l'"analisi degli elementi" e l'"analisi dei complessi", in quanto quest'ultima, nel suo tentativo di penetrare la profondità psichica, urtava contro lo zoccolo duro dei "complessi", e così il suo lavoro si espandeva in larghezza, anziché in profondità. Di norma questa analisi cercava allora di compensare la sua scarsa penetrazione nella dinamica libidica con un'escursione nella teoria sessuale e metteva in relazione le componenti rigide dei complessi con gli elementi della teoria sessuale, trattati in modo altrettanto schematico, lasciandosi sfuggire proprio il gioco di forze delle tendenze libidiche in atto tra i due.

Questa prassi ha avuto come conseguenza la sopravvalutazione teorica del *fattore quantitativo*, sicché ogni patologia veniva ascritta a un erotismo d'organo più intenso del normale, una visione simile a quella delle scuole neurologiche pre-analitiche che ricorrendo a termini quali "ereditarietà", "degenerazione" o "disposizione" si precludevano l'accesso alla comprensione dell'effettivo gioco di forze delle cause patogene.

Da quando per spiegare i processi psichici si è fatto ricorso alla teoria pulsionale e con essa a nozioni *biologiche* e fisiologiche, in particolare da quando vengono trattate psicoanaliticamente le cosiddette "patonevrosi", o nevrosi d'organo, e perfino le malattie organiche, sono sorte dispute sui confini tra psicoanalisi e fisiologia. La traduzione meccanica dei processi fisiologici in linguaggio psicoanalitico è inaccettabile. Quando si tenta un approccio analitico ai processi organici, ci si deve attenere rigorosamente alle regole della psicoanalisi. Bisogna sforzarsi, per così dire, di dimenticare le proprie conoscenze fisiologiche, mediche e organiche e tenere davanti agli occhi soltanto la personalità psichica e le sue reazioni.

Un altro fenomeno fuorviante è stato quello di mescolare semplici dati clinici con *speculazioni* sul divenire, sull'essere o sullo scorrere del tempo e poi usare queste speculazioni nella pratica analitica come regole certe, mentre Freud stesso nei suoi ultimi lavori sintetici ha ripetutamente sottolineato il carattere ipotetico di queste sintesi. Molto spesso questo scivolamento nella speculazione è apparso come un modo per sfuggire a difficoltà tecniche scomode. Sappiamo che tiri possa giocare sul piano tecnico il voler prematuramente ricondurre gli elementi a un principio speculativo sovrastante (teoria junghiana)¹⁸.

¹⁸ Come è noto, Jung si è spinto tanto in là da trascurare l'importanza mnestica delle esperienze infantili portate alla luce con l'analisi e delle personalità che in esse avevano un ruolo attivo, a favore di un'analisi sul "piano del soggetto". Tradisce un grado elevato di fuga dalla realtà chi pensa di attribuire realtà ed efficacia *soltanto* a concetti idealizzati o addirittura impersonali, pallide sembianze dei ricordi originari di cose e persone.

È stato anche un errore ricorrere precipitosamente, per spiegare i sintomi, ad analogie antropologiche e filogenetiche che, per quanto possano essere istruttive, trascurano l'elemento individuale. D'altro lato la sopravvalutazione del momento presente ha portato a interpretazioni prospettico-anagogiche¹⁹ che nulla hanno modificato delle fissazioni patologiche. Sia gli aderenti alla scuola "anagogica" sia alcuni aderenti alla scuola "genetica" hanno trascurato il *presente* del paziente a beneficio, rispettivamente, del futuro e del passato. Eppure quasi tutto ciò che è passato e che viene perseguito inconsciamente, nella misura in cui non emerge direttamente alla coscienza o non viene ricordato (cosa che accade molto di rado), si esprime nelle reazioni attuali del paziente alla relazione con il medico o l'analisi, in breve nel *transfert* sulla situazione analitica.

L'aspettativa teorica, insita nel concetto di Breuer & Freud [1892-95] di catarsi, di ricondurre direttamente l'ammontare affettivo spostato sul sintomo alle tracce mnestiche patologiche e permettergli la scarica e un nuovo ancoraggio si è rivelata irrealizzabile; o meglio, è stato possibile ottenere questo effetto soltanto in relazione a materiale mnestico rimosso in modo incompleto e per lo più preconscious, ossia a derivati dell'inconscio vero e proprio. L'inconscio vero e proprio, che la psicoanalisi ha come compito principale di rivelare, non può essere "ricordato", in quanto non è mai stato nemmeno "vissuto", e dunque bisogna cogliere il suo riprodursi attraverso determinati segnali. La mera comunicazione, sotto forma per esempio di "ricostruzione", non basta da sola a suscitare reazioni affettive; essa scivola sui pazienti senza lasciare traccia. Solo quando sperimentano qualcosa di analogo nel momento attuale, cioè nella situazione analitica, i pazienti possono convincersi della realtà dell'inconscio, e di solito soltanto dopo ripetute esperienze della stessa natura. Le nostre nuove cognizioni sulla topologia psichica e sulle funzioni dei singoli strati profondi ci forniscono una spiegazione di questo fenomeno. L'inconscio rimosso non ha accesso alla motilità, nemmeno a quelle innervazioni motorie che insieme costituiscono la scarica affettiva; per poter essere sperimentato affettivamente, ciò che è *passato* e *rimosso* deve quindi trovarsi un rappresentante nel *presente* e nel *conscious* (preconscious), ovvero nella situazione psichica *attuale*. Mentre l'abreazione catartica è un processo unico e tumultuoso, il flusso libidico che si dispiega poco alla volta nella situazione analitica potrebbe essere definito una catarsi frazionata.

Crediamo inoltre in generale che un affetto, per poter agire, debba prima essere riattivato, cioè reso presente. Infatti ciò che non ci tocca direttamente, vale a dire nel momento presente, resta psichicamente inerte.

L'analista deve sempre tener conto della *multitemporalità* di quasi tutte le comunicazioni del paziente, ma deve rivolgere l'attenzione principalmente alla reazione attuale. Solo adottando questo punto di vista sarà in grado di scoprire le radici passate delle reazioni attuali, cioè di trasformare la tendenza a

¹⁹ Vedi nota 7 a p. 501 e nota 23 a p. 516. [N.d.R.]

ripetere nel ricordare. Del futuro non si deve preoccupare troppo. Le preoccupazioni per il futuro possono tranquillamente essere lasciate all'individuo che sia stato sufficientemente istruito sui propri moti psichici presenti e passati. Le analogie antropologiche e filogenetiche possono di solito essere omesse del tutto. Di *questa* preistoria il paziente non ha quasi mai bisogno di occuparsi, e anche l'analista solo in casi estremamente rari.

A questo punto dobbiamo occuparci anche di alcuni fraintendimenti relativi alle *spiegazioni* da dare al paziente. C'è stata una fase nell'evoluzione della psicoanalisi in cui si credeva che l'obiettivo del trattamento analitico fosse quello di colmare i vuoti nei ricordi del paziente attraverso la conoscenza. Più avanti si comprese che il non sapere nevrotico derivava dalla resistenza, cioè da un non voler sapere, e che era questa resistenza che andava a più riprese smascherata e neutralizzata. Procedendo in questo modo, le lacune nella catena mnestica del paziente si colmano per la maggior parte in modo automatico, e per l'altra parte grazie a interpretazioni e spiegazioni dosate con attenzione. Il paziente non viene a sapere, quantitativamente e qualitativamente, più di quanto gli serve per superare i suoi principali disturbi. È stato un malaugurato errore credere che nessuno fosse completamente analizzato se non era stato istruito anche *teoricamente* su tutti i dettagli della sua anormalità. Indubbiamente non è facile fissare un limite preciso a ciò che va spiegato. Comunque eventuali interruzioni del corso regolare dell'analisi per fornire spiegazioni formali, se possono essere gratificanti sia per l'analista sia per il paziente, non modificano minimamente l'assetto libidico del malato. Come ulteriore conseguenza di questo modo di procedere, il paziente viene involontariamente spinto a identificarsi con l'analista, sottraendosi al lavoro analitico vero e proprio. Si sa – ma forse è un fatto che meriterebbe maggiore attenzione – che il desiderio di insegnare e quello di imparare rappresentano una condizione psicologica sfavorevole all'analisi²⁰.

Occasionalmente si sentono analisti che si lamentano del fatto che un'analisi è fallita a causa di “resistenze troppo forti” o di un “transfert troppo violento”. Dobbiamo ammettere per principio la possibilità di questi casi estremi; e talvolta ci troviamo in effetti di fronte a fattori quantitativi che giocano un ruolo decisivo sia per la conclusione dell'analisi sia per le sue motivazioni, e che dunque non vanno affatto sottovalutati. Tuttavia il fattore quantitativo, molto importante in sé e per sé, può diventare un paravento per mascherare una carente comprensione del gioco di motivazioni che in definitiva stabilisce come quelle quantità vanno impiegate e distribuite. Per il fatto che Freud (1899) una volta ha detto «*qualsiasi cosa disturbi la continuazione del lavoro è una resistenza*» (p. 472, corsivi nel testo), non si dovrebbe affermare, ogni

²⁰ Ciò vale anche per chi si sottopone ad analisi a scopo di apprendimento (le cosiddette “analisi didattiche”). Accade qui fin troppo facilmente che le resistenze si spostino al livello intellettuale (scienza) e restino così non chiarite.

volta che l'analisi ristagna, "questa è una resistenza"²¹. Ne derivava, soprattutto coi soggetti facilmente inclini ai sensi di colpa, un'atmosfera analitica in cui i pazienti temevano di compiere il *faux pas* di una "resistenza", e l'analista osservava impotente. Evidentemente era stata dimenticata un'altra affermazione di Freud, vale a dire che nell'analisi non appena ci apprestiamo a risolvere la rimozione dobbiamo essere pronti a incontrare sotto forma di "resistenza" le stesse forze che a suo tempo avevano provocato quella rimozione.

Un'altra situazione analitica a cui altrettanto erroneamente è stata attribuita l'etichetta di "resistenza" è il *transfert negativo*, che per sua stessa natura non può che esprimersi sotto forma di "resistenza" e che l'azione terapeutica ha il compito di analizzare. Non bisogna spaventarsi delle reazioni negative del paziente, perché appartengono all'essenza di ogni analisi. Anche un *transfert* positivo impetuoso, soprattutto se si esprime all'inizio della cura, è spesso soltanto un sintomo di resistenza che deve essere smascherato. In altri casi, soprattutto negli stadi successivi dell'analisi, esso è invece il vero e proprio veicolo attraverso cui vengono portati a galla i desideri rimasti inconsci.

In questo contesto va ricordata anche un'importante regola della tecnica psicoanalitica che riguarda il rapporto personale tra medico e paziente. Il requisito teorico di evitare qualsiasi contatto personale *al di fuori* delle sedute ha portato molto spesso a un'innaturale esclusione di ogni fattore umano anche dal trattamento stesso e con ciò di nuovo a una teorizzazione dell'esperienza analitica.

Entro questa cornice alcuni analisti avevano spesso la tendenza a non attribuire al *cambio di analista* quell'importanza che invece gli spetta, se si considera l'analisi un processo psichico la cui unità è garantita dalla persona dell'analista. Un cambio di analista può in rari casi rendersi necessario per ragioni esterne; crediamo però che non si possano aggirare le difficoltà tecniche – per esempio con gli omosessuali – semplicemente scegliendo un analista dell'altro sesso. In ogni analisi correttamente condotta, infatti, l'analista assume in ogni caso tutti i possibili ruoli per l'inconscio del paziente; sta a lui riconoscerli per tempo e in certi casi sfruttarli in maniera mirata. Stiamo parlando soprattutto dei ruoli dei due genitori (padre e madre), tra i quali di fatto l'analista si alterna costantemente (*transfert* e resistenza).

Non è un caso che gli errori tecnici venissero compiuti tanto spesso in relazione alle manifestazioni del *transfert* e della resistenza. Gli analisti si facevano facilmente cogliere di sorpresa da queste elementari esperienze analitiche e curiosamente dimenticavano proprio qui quella teoria che altrove, nei momenti sbagliati, mettevano in primo piano. Questo fenomeno può dipendere anche da fattori soggettivi del medico. Il *narcisismo dell'analista* sembra prestarsi a fungere da fonte di copiosi errori, in quanto genera talvolta una sorta di *controtransfert* narcisistico che induce l'analizzando da un lato a enfatiz-

²¹ Freud (1899, p. 472, nota 1), in una nota aggiunta nel 1925, cioè un anno dopo la pubblicazione di questo lavoro di Ferenczi e Rank, dice esattamente la stessa cosa. [N.d.R.]

zare materiale che lusinga il medico e dall'altro a reprimere osservazioni e associazioni critiche nei suoi confronti. Entrambe le cose sono tecnicamente scorrette: la prima in quanto può portare a miglioramenti apparenti del paziente, che hanno il solo scopo di sedurre l'analista e guadagnarsi così di rimando il suo interesse libidico; la seconda perché distoglie l'analista dalla necessità tecnica di cogliere i primi deboli segnali di una critica – espressa di solito con esitazione – e aiutare il paziente a esprimerla in modo compiuto o ad abreagirla. Senza questa autocritica dell'analista, che comunque richiede un certa forza interiore, non si può superare l'angoscia e il senso di colpa del paziente, che sono proprio i principali fattori emotivi che provocano la rimozione e la mantengono in vita.

Come ulteriore paravento per nascondere un'inadeguatezza tecnica, alcuni analisti si appellavano a un'occasionale affermazione di Freud secondo cui il *narcisismo del paziente* può porre dei limiti alla sua influenzabilità in analisi. Quando l'analisi non procedeva nel modo giusto, ci si consolava dicendo che il paziente era appunto "troppo narcisista". E poiché il narcisismo partecipa in qualche modo come anello di congiunzione tra i moti dell'Io e quelli libidici tanto ai processi psichici patologici quanto a quelli normali, non era difficile trovare dimostrazioni di "narcisismo" nelle azioni e nei pensieri del paziente. Ma neppure il "complesso di castrazione" o il "complesso di virilità" che derivano dal narcisismo devono essere trattati come se costituissero già il limite dell'analizzabilità²².

Quando l'analisi si scontrava con la resistenza del paziente, spesso non si prendeva in considerazione la possibilità che si trattasse soltanto di tendenze *pseudo-narcisistiche*. Soprattutto nelle analisi di pazienti che possiedono già una certa conoscenza teorica, ci si può facilmente convincere che molto di ciò che teoricamente si sarebbe portati ad attribuire al narcisismo in realtà è secondario e pseudo-narcisistico, e nel proseguo dell'analisi può essere interamente ricondotto al rapporto genitoriale. Ovviamente in questi casi è necessario esplorare analiticamente lo sviluppo dell'Io del paziente, così come in generale nell'analisi delle resistenze deve essere compiuta la troppo trascurata analisi dell'Io, per la quale recentemente Freud [1922] ha dato indicazioni preziose.

La novità nell'approccio tecnico recentemente introdotta col nome di "attività" (Ferenczi) ha portato alcuni analisti, per scansare le difficoltà tecniche, a subissare il paziente di ordini e divieti, cosa che si potrebbe definire una sorta di "attività selvaggia". Ciò tuttavia va anche compreso come reazione all'altro estremo, il rigoroso attenersi a una rigida "passività" tecnica. Quest'ultimo atteggiamento è certamente in parte giustificato dalla posizione teorica dell'analista, che deve essere al tempo stesso un ricercatore. Nella pratica però porta facilmente a voler risparmiare al paziente anche il dolore degli interventi

²² Sappiamo che [Alfred] Adler, che evidentemente aveva difficoltà con l'analisi della libido, si è fermato a questo punto.

necessari e a lasciargli eccessivamente la guida delle associazioni nonché della loro interpretazione²³.

L'*attività* misurata, ma anche energica quando necessario, che è richiesta in analisi consiste nel fatto che il medico accetta di assumere, in parte anche concretamente, il ruolo che l'inconscio del paziente e le sue tendenze alla fuga gli prescrivono. In questo modo egli stimola la *tendenza alla ripetizione*, in parte inibita, di esperienze traumatiche precedenti, ovviamente con l'obiettivo successivo di superare definitivamente tale tendenza mediante la rivelazione dei suoi contenuti. Laddove questa ripetizione si dia spontaneamente, è superfluo provocarla e il medico può procedere senz'altro alla trasformazione della ripetizione in ricordo (o in ricostruzione plausibile).

Queste ultime osservazioni puramente tecniche ci riportano al tema già più volte sfiorato della interrelazione tra teoria e prassi, tema a cui ora possiamo dedicare alcune riflessioni metodologiche generali.

IV. Influenze reciproche tra teoria e prassi

Una particolare difficoltà insita nell'essenza stessa della psicoanalisi rende questa questione forse più complessa di quanto non sia in altri ambiti del sapere. La tecnica psicoanalitica era in origine – ed è ancor oggi – uno strumento di terapia eziologica delle nevrosi che mirava al superamento dei sintomi attraverso la presa di coscienza delle loro radici inconscie. La terapia stessa si fonda dunque su una specie di “conoscenza” e pertanto sembra strettamente connessa con la conoscenza teorica. Tuttavia, proprio l'analisi ha mostrato chiaramente per la prima volta che esistono, per così dire, due tipi di conoscenza, una conoscenza intellettuale e una conoscenza basata sulla “convizione” profonda; mantenerle rigorosamente separate è uno dei primi e più stringenti requisiti, soprattutto in ambito psicoanalitico (vedi anche Ferenczi, 1913). Sembra che anche per questa ragione la psicoanalisi reclami una posizione speciale: a essa non bastano la “plausibilità” e la “necessità logica” come criteri di verità, ma per convincersi ha bisogno di una percezione o *esperienza* diretta del processo in gioco. Questa “esperienza” può però essere fonte di molteplici errori se, nel momento in cui dalle esperienze psichiche si astraggono i risultati teorici, non si è in grado di escludere nuovamente in gran parte il fattore soggettivo delle impressioni personali.

²³ Di una tale tecnica “troppo passiva” dell'analista ne approfittano in modo particolare i pazienti con una forte componente masochistica; essi elaborano da soli interpretazioni a “livello soggettivo” e contemporaneamente soddisfano le proprie tendenze autoaccusatorie, opponendo una resistenza scettica all'interpretazione profonda. In modo analogo, si possono del resto ottenere a piacere interpretazioni “anagogiche” [Vedi nota 7 a p. 501 (*N.d.R.*)] dei sogni se si lascia che sia il paziente stesso, in parte istruito, a interpretare gli elementi del sogno, non andando oltre la dinamica della resistenza ipercompensata dalla moralità.

Con lo sviluppo della psicoanalisi, la tecnica terapeutica si è fatta sempre più complessa e precisa, e questo anche grazie alla tecnica stessa, che in tal modo si poneva al contempo come uno strumento pratico di guarigione e come un mezzo di conoscenza, in quanto il paziente veniva guarito mediante la “conoscenza”. [24] L’analisi presenta quindi fin dall’inizio due anime diverse che si toccano, si incrociano e si intersecano continuamente, e tutto dipende dalla prospettiva di volta in volta adottata. Se si considera la tecnica analitica come un mezzo per scoprire fatti e nessi psicologici nuovi, dunque per indagare la vita mentale, allora si potrebbe dire che il suo valore terapeutico è puramente accessorio; dall’altro lato, se si osserva la cosa dal punto di vista delle terapie, sono i risultati scientifici a essere un gradito sottoprodotto. Ora, come abbiamo appena detto, la caratteristica peculiare della psicoanalisi è il fatto che lo strumento scientifico e quello terapeutico coincidono, mentre altre scienze per progredire utilizzano metodi che, rispetto all’oggetto di studio, devono essere definiti distruttivi (anatomia, vivisezione, ecc.)²⁵.

Già nella relazione *Le prospettive future della terapia psicoanalitica* – letta al II Congresso internazionale di psicoanalisi a Norimberga – Freud (1910) ha anticipato l’essenziale circa i rapporti reciproci tra tecnica e terapia psicoanalitica. Ha tra l’altro affermato che la terapia avrà risultati migliori (e probabilmente più rapidi) man mano che aumenteranno le nostre conoscenze. Le difficoltà tecniche e la necessità di superarle sono state infatti per Freud il vero e proprio motore di tutte le attività di ricerca che lo hanno portato alla scoperta della vita psichica inconscia, dei suoi meccanismi e dinamismi e della sua economia, scoperta che ha potuto poi migliorare retroattivamente le nostre capacità tecniche nel senso sopra descritto. All’opposto del circolo vizioso, che crea difficoltà sempre nuove, si è prodotto qui un circolo virtuoso, un’influenza reciprocamente arricchente della pratica rispetto alla teoria e della teoria rispetto alla pratica.

Non è forse un’esagerazione affermare che questo tipo di controllo reciproco – della conoscenza da parte dell’esperienza (osservazione empirica, induzione) e dell’esperienza da parte della conoscenza pregressa (sistematizzazione, deduzione) – è l’unico accorgimento che può proteggere una scienza dal cadere in errore. Una disciplina che si accontentasse solo di uno o dell’altro metodo di ricerca o rinunciasse troppo presto alla verifica della controprova sarebbe votata all’inacidimento: la ricerca empirica pura perché le

²⁴ Nell’edizione inglese del 1925 in questo punto è stata inserita l’ultima frase del capoverso (quella che inizia con “Ora, come abbiamo appena detto,...”). Qui è stata ricollocata nella posizione in cui era nella edizione tedesca originale del 1924. [N.d.T.]

²⁵ Questa differenza sembra riconducibile, secondo Freud, a quella peculiare caratteristica dello psichico per cui gli *stessi contenuti* sono dati in *diverse versioni* e possono essere tipicamente separati tra loro (vedi la topografia psichica nella metapsicologia freudiana). Ciò rende possibile ridestare nel malato il passato a livello mnestico (e anche allucinatorio) e al tempo stesso farne oggetto dell’osservazione nel *presente*, senza dover “distruggere” la personalità attuale dell’analizzando.

mancherebbe la linfa del pensiero, la teoria pura perché, arroccandosi in una presunta onniscienza, soffocherebbe ogni impulso all'indagine ulteriore.

La psicoanalisi freudiana merita di essere citata come un esempio di corretta ricerca “utraquistica”²⁶ nell'ambito della teoria della scienza. Essa nasce dalla necessità pratica di influenzare determinate funzioni psichiche che hanno preso strade sbagliate, dunque è radicata nella realtà. E a questa realtà è sempre ritornata ogni volta che voleva verificare la validità di teorie che l'esperienza le suggeriva o che si le imponevano per necessità logica. Per illustrare questa interazione positiva di teoria e pratica vorremo ora richiamare l'attenzione su alcuni importanti impulsi allo sviluppo che si sono prodotti all'interno della ricerca freudiana.

La prima teoria di Breuer e Freud [1892-95], la teoria dell'abreazione degli affetti incapsulati – la capacità della psiche di separare gli affetti dai loro oggetti e usarli in modo diverso – a parte il fatto di renderci più plausibili e comprensibili determinati processi mentali si basava esclusivamente sui risultati della ricerca mnestica catartica nell'isteria. Tuttavia queste conoscenze hanno poi notevolmente facilitato la terapia catartica stessa, vale a dire la ricerca di quei ricordi patogeni.

La difficoltà pratica di ipnotizzare i pazienti – solo alcuni si lasciavano interamente ipnotizzare – indusse Freud a rinunciare all'ipnosi e ad altri metodi suggestivi e a chiedere ai pazienti di “associare liberamente”. In questo modo si ottennero sorprendenti insight nel materiale inconscio che fino a quel momento era rimasto celato nel legame emotivo ipnotico. La tecnica delle libere associazioni portò all'identificazione del contenuto e delle forme di espressione del pensiero inconscio. La “regola fondamentale” tecnico-analitica delle libere associazioni fornì inoltre il materiale che permise a Freud di elaborare una concezione metapsicologica topico-dinamica, in seguito integrata dal punto di vista economico. Ovviamente questa teoria permise di orientarsi meglio nel materiale sconnesso delle libere associazioni e stimolò il compito pratico di cercarne il significato nei singoli casi.

Dato che in ogni nevrosi, senza eccezione, era emerso un trauma infantile come punto nodale della sintomatologia, si arrivò dapprima a elaborare la “teoria del trauma”. Ma quando si comprese che nelle libere associazioni trovavano voce anche traumi che era impossibile si fossero verificati nella realtà, Freud dovette risolversi a modificare la teoria e a prendere in considerazione oltre alla realtà esterna anche quella interna, soprattutto l'attività fantasmatica, come corresponsabile della formazione dei sintomi.

Non è necessario illustrare nel dettaglio quale grande progresso questa conoscenza abbia comportato per la psicologia psicoanalitica e quale avanzamento abbia rappresentato per la tecnica e la pratica analitiche.

²⁶ Il termine “utraquismo” deriva dal latino *utraque*, che significa “l'uno e l'altro”, “ambidue”, “entrambi”. Gli “utraquisti” erano i membri di una setta religiosa, sorta in Boemia nel XV secolo, che chiedevano di poter ricevere l'eucaristia sotto entrambe le specie, il pane e il vino, nonostante la loro posizione di laici. [N.d.R.]

In certi casi di isteria d'angoscia, la necessità pratica di spingere il paziente, oltre che ad associare, anche a superare certi stati di dispiacere, come prescritto da Freud (1918) nella sua reazione al V Congresso internazionale di psicoanalisi a Budapest, ha portato a prendere in considerazione tutto quel lavoro che il paziente compie nella cura oltre alla verbalizzazione. La riflessione teorica sui processi psichici innescati da questi interventi "attivi" ci ha permesso poi di penetrare più a fondo nella dinamica dei processi psichici in generale, e nel corso della nostra esposizione abbiamo potuto sottolineare come il ricorso all'"attività", intesa in senso ampio, abbia un'inaspettata efficacia nel promuovere il lavoro terapeutico.

Gli ultimi scritti di Freud, che cercano di ovviare al mancato sviluppo della psicologia dell'Io trascurata a favore dello studio della libido, mostrano chiaramente che anche a questo riguardo le nostre abilità tecnico-terapeutiche avevano di gran lunga superato la riflessione scientifica. In particolare l'ultimo lavoro di Freud (1922), di cui abbiamo per così dire sentito l'*ouverture* durante il VII Congresso internazionale a Berlino – *L'Io e l'Es*, che nel frattempo è stato pubblicato in versione integrale – cerca di armonizzare *a posteriori* alcuni fatti elementari dell'esperienza pratica con le nostre conoscenze teoriche o, meglio, di modificare e ampliare queste ultime quando si dimostrano insufficienti per spiegare quei dati di fatto.

L'impressione che si ricava da questi esempi potrebbe forse essere riassunta nel modo seguente: così come le prime concezioni teoriche fondamentali di Freud – elaborate con un faticoso lavoro di analisi dei dettagli a partire da innumerevoli impressioni esperienziali – hanno rappresentato il principale sprone per l'elaborazione della tecnica propriamente analitica, molto diversa dai procedimenti utilizzati prima, così col progredire della tecnica, cioè man mano che imparavamo a comprendere e a dominare l'inconscio, è stato ogni volta necessario un nuovo pezzo di teoria, che a sua volta ha accresciuto le nostre abilità tecniche.

La psicoanalisi sembra essere ormai giunta a un punto tale della sua evoluzione da avere sufficienti conoscenze su una parte della psiche (la parte maggiore, prima trascurata) e sui suoi contenuti e meccanismi da poter ottenere notevoli risultati terapeutici a patto che si abbiano le idee chiare su *come mettere in pratica questo sapere in modo adeguato*. Ma proprio questo punto nodale sembra aver ricevuto ben poca considerazione. Sembra infatti che nelle analisi si sia spesso andati alla ricerca di ciò che era significativo sul piano teorico, e non di ciò che era significativo sul piano analitico, mentre, per contro, ciò che aveva importanza pratica veniva facilmente sopravvalutato dalla teoria.

Estremizzando si potrebbe formulare il problema in questo modo: la psicoanalisi, che da terapia si è trasformata in scienza, in concezione del mondo, deve identificare con esattezza che cosa di questo enorme edificio è rimasto essenzialmente terapia in senso stretto. Invece di utilizzare la teoria *in toto* "in senso terapeutico", occorre domandarsi che cosa della psicoanalisi nel suo complesso si è rivelato adatto a essere *impiegato in medicina*, e che cosa ha

valore come *sapere psicologico generale*, come teoria, o tutt'al più come "terapia della normalità" (pedagogia). I "complessi", per esempio, sono risultati teorici che conservano un valore per la psicologia normale, ma la loro identificazione non può mai essere il risultato dello sforzo terapeutico ("cavar fuori i complessi a furia di analisi"), piuttosto la sua premessa. È stato un errore comprensibile, ma fatale, di alcuni nostri colleghi credere che in analisi la semplice scoperta di un difetto (evolutivo) avesse contemporaneamente una valenza terapeutica; in contrasto con questa concezione unilateralmente "socratica", la medicina veramente efficace deve essere ricercata soltanto nella connessione tra affettività e sfera intellettuale.

Come è ovvio e naturale che vi sia stata sinergia tra tecnica e teoria analitiche, vi sono state anche influenze *disturbanti* o *limitanti* da entrambe le parti, dovute alla loro diversa natura. Cosa intendiamo per influenze "disturbanti" della teoria sulla prassi lo abbiamo in gran parte mostrato nella sezione critica. In generale si può dire che i vantaggi derivati alla psicologia della normalità dall'eccezionale ampliamento delle nostre conoscenze sull'inconscio non sono sempre stati sufficientemente messi al servizio degli interessi terapeutici. Anzi, l'eccessivo sapere è stato talvolta di ostacolo per l'applicazione pratica. Il medico con una conoscenza eccessiva aveva, per così dire, "*les fauts de ses avantages*". In una scienza giovane e ancora in divenire come la psicoanalisi, poteva essere giustificato che il medico analista combinasse tra loro i due compiti della cura e della ricerca, come ha fatto in modo magistrale lo stesso Freud. La tendenza a emulare questo modello ha però comprensibilmente portato a una confusione tra i due compiti, più che a una loro combinazione.

L'analista teorico corre sempre il rischio, per esempio, di cercare dati a conferma di una nuova proposizione teorica, mentre crede di promuovere il processo di guarigione di una nevrosi. Ciò ha sicuramente consentito di trovare importanti conferme a determinate teorie, ma ha favorito ben poco il processo di cura della dinamica psichica anormale. Le guarigioni che si ottengono rapidamente con l'ausilio di una conoscenza parziale non sono certamente paragonabili a quelle raggiunte grazie a insight profondi, anche se in un periodo di tempo maggiore.

Le prime comunicazioni di Breuer e Freud, che operavano esclusivamente con pochi semplici concetti, parlavano di guarigioni sorprendenti, che talvolta venivano ottenute nel giro di pochi giorni o settimane. Tutti noi abbiamo ottenuto simili brillanti risultati all'inizio della nostra carriera psicoanalitica, qualcuno persino prima di impiegare l'analisi; il successo terapeutico era infatti raggiungibile con qualsiasi metodo di cura ma, data la nostra ignoranza dei processi in gioco, ciò non ci diceva nulla della validità o meno di quel metodo. Nell'ultimo capitolo parleremo brevemente di quanto ciò sia applicabile anche alla psicoanalisi, che tra l'altro non ha mai sopravvalutato la valenza di conferma teorica dei propri risultati terapeutici, già oggi indiscussi. Se col crescere delle nostre conoscenze e con l'esperienza dei singoli analisti i resoconti di queste guarigioni miracolose sono diventati sempre più rari, e le analisi sempre più lunghe, ci auguriamo che questi fatti siano usati altrettanto po-

co contro la teoria psicoanalitica quando quei rapidi successi erano stati usati a suo favore. [27] La lunga durata di un trattamento non può essere usata come argomentazione contro la correttezza di un metodo, se è possibile dimostrare solo *a posteriori* che quel prolungamento era una deviazione necessaria e inevitabile per raggiungere un risultato migliore, una terapia effetto causale.²⁸

Se ai clinici si può suggerire di colmare le lacune del loro sapere attraverso uno studio adeguato e l'analisi personale, agli "iperteorici" bisognerebbe consigliare di mettere il più possibile da parte il loro interesse teorico durante la pratica analitica, e di affrontare ogni nuovo caso da zero, vale a dire di non chiudersi di fronte a nuove esperienze.

Questa richiesta di assumere in analisi un atteggiamento il più possibile non prevenuto sul piano teorico non deve tuttavia essere interpretata come tendenza antiscientifica; per la promozione delle conoscenze, riconosciamo pienamente il valore dell'atteggiamento richiesto dalla scienza, basato sulla concentrazione dell'attenzione su un determinato tema da elaborare teoricamente. La nostra critica è diretta soltanto alla sopravvalutazione o all'adesione a questa o a quella fase dello sviluppo della psicoanalisi, in particolare nei casi in cui non è stato sufficientemente riconosciuto o considerato il corretto rapporto tra teoria e prassi, perché ciò che era valido solo per un certo contesto o per un determinato stadio della conoscenza veniva preso troppo alla lettera o eccessivamente generalizzato. Riteniamo dunque che la maggior parte delle lacune nella tecnica e di alcune conseguenti difficoltà tecniche sia da interpretare come il risultato di un insufficiente orientamento rispetto alla vera essenza del metodo psicoanalitico e al significato e all'obiettivo veri e propri del trattamento analitico.

V. Risultati

Gli inizi della psicoanalisi sono stati puramente pratici. Molto presto però, come sottoprodotto dell'attività terapeutica coi nevrotici, si sono ricavate *cognizioni scientifiche* riguardanti la struttura e la funzione dell'apparato psichico, la sua evoluzione nell'individuo e nella specie e infine le sue basi biologiche (*teoria delle pulsioni*).

La principale ripercussione positiva sulla *pratica analitica* di queste nuove conoscenze è stata la scoperta del *complesso edipico come complesso nucleare* della nevrosi e dell'importanza della *ripetizione* della relazione edipica nella *situazione analitica* (transfert).

²⁷ Nella edizione inglese del 1925 in questo punto è stata inserita l'ultima frase del capoverso precedente (quella che inizia con "Le guarigioni che si ottengono rapidamente..."). Qui è stata ricollocata nella posizione in cui era nella edizione tedesca originale del 1924. [N.d.T.]

²⁸ I pazienti che si lamentavano della lunga durata del trattamento analitico avevano in un certo senso ragione. Potevamo però dir loro in tutta coscienza che questo prolungamento temporale garantiva anche un risultato migliore.

Ma l'essenziale dell'intervento analitico vero e proprio non consiste né nel constatare l'esistenza di un "complesso edipico" né nella semplice ripetizione della relazione edipica nel rapporto con l'analista, bensì nella liberazione o *distacco finale della libido infantile* dalla sua fissazione sui primi oggetti.

Il trattamento psicoanalitico, come lo conosciamo oggi, è diventato così un metodo che ha come obiettivo quello di far *rivivere integralmente* al paziente la relazione edipica nel rapporto col medico, per portarla attraverso la sua comprensione a una nuova e più proficua risoluzione.

Nella situazione analitica, questa relazione si instaura da sola; all'analista spetta il compito di individuarla già dai primi deboli segnali e di indurre il paziente a *riprodurla integralmente nell'esperienza analitica*, occasionalmente adottando misure adeguate affinché queste tracce si dispieghino completamente (*attività*).

Le conoscenze *teoriche* sullo sviluppo psichico normale (teoria del sogno, teoria sessuale, ecc.), in sé indispensabili, devono essere impiegate nella pratica solo nella misura in cui aiutano a realizzare o a facilitare la riproduzione della relazione edipica cui mira l'analisi. Perdersi nei dettagli della storia evolutiva dell'individuo *senza* ripristinare ogni volta questo rapporto è scorretto e inefficace sul piano pratico, ma anche a livello teorico fornisce risultati molto meno affidabili rispetto a quelli comprovati secondo l'orientamento appena illustrato.

L'*importanza scientifica di un'applicazione corretta della tecnica*, finora trascurata, deve ottenere l'attenzione che merita. Occorre ridurre, rispetto al passato, l'abitudine ad applicare meccanicamente i risultati teorici alla tecnica; e viceversa la *teoria deve essere costantemente rettificata* in base ai nuovi insight ottenuti nella *prassi*.

Dalle sue origini puramente pratiche, la psicoanalisi, sotto la spinta delle prime sorprendenti acquisizioni teoriche, è entrata successivamente in una *fase di teorizzazione*. In confronto alla rapida crescita delle conoscenze sui meccanismi psichici generali, i successi terapeutici, pur all'inizio così sorprendenti, sono apparsi insoddisfacenti, cosicché è sorto il problema di riequilibrare il rapporto tra le capacità terapeutiche e le nuove conoscenze teoriche che tanto le avevano sopravanzate.

La nostra esposizione rappresenta in questo senso l'inizio di una fase che, in opposizione alla precedente, vorremmo chiamare *fase esperienziale*. Mentre in precedenza si cercava di ottenere l'effetto terapeutico grazie a spiegazioni date al paziente, adesso cerchiamo di porre le conoscenze teoriche finora acquisite direttamente al servizio della terapia, *provocando* direttamente la corrispondente *esperienza* sulla base delle nostre conoscenze e *spiegando* al paziente solo questa esperienza, che ovviamente anche per lui ha il carattere dell'evidenza immediata²⁹.

²⁹ La traduzione italiana precedente era: «(...) 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 imme-

Il fondamento *teorico* che ci consente di intervenire al punto giusto e con la giusta intensità è essenzialmente la convinzione della rilevanza universale di determinate *esperienze precoci fondamentali* (come per esempio il conflitto edipico), il cui effetto traumatico viene riattivato in analisi – in modo simile alle “terapie d’urto” in medicina – e portato a una congrua risoluzione grazie all’esperienza vissuta integralmente e consapevolmente per la prima volta in analisi.

Questo tipo di terapia si avvicina per certi versi a una *tecnica educativa*, in quanto anche l’educazione – già in virtù del rapporto affettivo con l’educatore – si radica molto di più nell’elemento esperienziale che non in quello esplicativo. Anche qui, come in medicina, si riproduce l’enorme progresso che ha portato da un intervento puramente intuitivo, e quindi spesso votato al fallimento, all’introduzione dell’*esperienza analitica*, compiuta con cognizione di causa perché basata sulla *comprensione*.

VI. Prospettive future

Pur non avendo potuto, come del resto abbiamo anticipato, trattare esaustivamente il tema dell’interazione tra teoria e prassi nella storia della psicoanalisi, crediamo di averne comunque illustrato gli aspetti principali e riteniamo anche di essere in grado di prevederne la successiva evoluzione.

Muovendo dal procedimento puramente pratico della *catarsi breueriana*, l’itinerario storico, più volte illustrato, è approdato alla vera e propria psicoanalisi freudiana, che anche grazie al simultaneo e costante perfezionamento tecnico si è sviluppata fino a diventare un edificio teorico-scientifico e il fondamento di una psicologia completamente nuova. Abbiamo mostrato come il disconoscimento di questo doppio ruolo della psicoanalisi e l’inevitabile unilateralità che vi si accompagnava hanno portato – e forse non poteva essere altrimenti – alla sopravvalutazione ora di uno ora dell’altro significato. L’ultima oscillazione estrema del pendolo è stato l’imporsi di una corrente eccessivamente teorizzante, come si è anche constatato, per impressione generale, durante l’ultimo [il VII] Congresso internazionale di psicoanalisi a Berlino ([25-27] settembre 1922). Stando così le cose, per cercare di ripristinare il necessario equilibrio abbiamo enfatizzato nelle nostre riflessioni il punto di vista pratico, e nel far ciò era inevitabile – e forse persino necessario – cadere talvolta nell’estremo opposto.

Questa autocritica non ci deve tuttavia trattenere dal riflettere su possibili sviluppi ulteriori in questa direzione, anche se solo sotto forma di abbozzo,

diata evidenza » (p. 193 ediz. Guaraldi del 1974, p. 216 ediz. Raffaello Cortina del 1992). L’originale tedesco era: «(...) indem wir auf Grund unserer Einsicht die entsprechenden Erlebnisse in direkterer Weise provozieren und dem Patienten nur dieses ihm natürlich auch unmittelbar evidente Erlebnis erklären» (Ferenczi & Rank, 1923, p. 56 ediz. del 1924). [N.d.T.]

con la convinzione che sviluppando coerentemente questa posizione potremo avvicinarci alla realtà, per lo meno in singoli punti.

Nella relazione al Congresso internazionale di psicoanalisi a Budapest ([28-29] settembre 1918) intitolata “Vie della terapia psicoanalitica”, Freud (1918) aveva già predetto le cose essenziali. Colpisce il fatto che gli stimoli così significativi offerti da Freud non siano stati valorizzati nella prassi come a nostro avviso avrebbero meritato³⁰. Anzi, l'impressione finale è stata che la psicoanalisi, che di per sé è al servizio di scopi eminentemente pratici, venisse sommersa da un'ondata di speculazioni teoriche. Questo ci ha spinto a riallacciarsi a quelle riflessioni freudiane per porre in evidenza ancora una volta il punto di vista pratico, che Freud non ha mai perso di vista nemmeno nella sua rilevanza per la teoria.

Come è noto, gli psicoterapeuti prima di Breuer erano estremamente attivi; ma appunto non erano altro che attivi, nel senso che mancava loro la comprensione del meccanismo psichico della malattia, come pure del proprio comportamento e dei suoi effetti. Quando istintivamente facevano la cosa giusta nei singoli casi, ottenevano – e ottengono tutt'ora – dei successi, applicando il tipo di attività singolarmente preferita (energica o amorevole) in un modo che risultava a qualche livello efficace per il paziente, senza tuttavia comprendere il processo. L'enorme progresso che la psicoanalisi freudiana ha rappresentato rispetto alla catarsi di Breuer risiede nel riconoscimento della fondamentale importanza del transfert nella terapia in generale. Tutti gli altri progressi nella tecnica analitica da allora in poi possono essere considerati essenzialmente un risultato dell'uso e della coerente elaborazione ulteriore di questa nozione di base. Tutti gli avanzamenti teorici essenziali di Freud si riallacciano sempre a questo punto di vista originariamente pratico (per esempio l'identificazione del nucleo edipico infantile nella situazione transferale); per quanto la teoria psicoanalitica dai suoi inizi si sia espansa in ampiezza e in profondità, Freud non si è mai allontanato nemmeno negli scritti sulla tecnica³¹ dall'idea fondamentale secondo cui l'esperienza affettiva è il fattore terapeutico essenziale.

Ciò presuppone tuttavia la rara capacità di trasformare ogni volta le nuove conoscenze in strumento di promozione dell'azione terapeutica vera e propria. Evidentemente non è dato a tutti saper mantenere consapevolmente separati l'interesse teorico e le necessità pratiche, e al contempo essere in grado di collegarli ove necessario. Si possono così comprendere le esagerazioni teoriche nella pratica che sono state il principale oggetto delle nostre critiche; le nostre riflessioni propositive volevano mostrare a grandi linee come l'intero sapere

³⁰ Un'eccezione degna di nota è rappresentata dagli sforzi per la creazione di *policlinici*, la cui fondazione com'è noto si deve all'incitamento di Freud (vedi Eitingon, 1922).

³¹ Gli scritti sulla tecnica sono sei: Freud, 1911, 1912a, 1912b, 1913a, 1913b, 1914. Per una riflessione, vedi l'articolo di Lawrence Friedman “Ritorno agli articoli di Freud sulla tecnica”, a pp. 151-162 del n. 2/2008 di *Psicoterapia e Scienze Umane*. [N.d.R.]

psicologico elaborato analiticamente possa e debba essere utilizzato al servizio della pratica, ossia delle vicissitudini dell'esperienza analitica.

Sarebbe un errore concludere da quanto detto che noi sottovalutiamo la teoria o la conoscenza in quanto tali. Le cose non stanno affatto così. Crediamo soltanto che in quest'ambito sia indispensabile cambiare l'atteggiamento tenuto finora. Siamo sempre dell'opinione che l'analista, come l'esperto di qualsiasi altro settore, non potrà mai saperne abbastanza, ma contestiamo la necessità di iniziare ogni volta il paziente a tutte queste conoscenze o di riscoprire il sapere teorico-psicologico già acquisito dalla psicoanalisi in ogni singolo caso clinico, nonché di trarne conferme di concetti che dovrebbero far già parte del patrimonio personale.

Questa constatazione ci spinge a fare alcune osservazioni sulle opportunità attuali di formazione psicoanalitica. Per molto tempo non ce n'è stata alcuna e gli aspiranti analisti erano costretti ad attingere esclusivamente dai libri. Le loro conoscenze erano dunque teoriche, ed erano queste conoscenze teoriche che cercavano di applicare ai loro pazienti. Se volevano andare oltre, non gli restava altra scelta che utilizzare i pazienti contemporaneamente come oggetti di studio, come del resto è tipico in medicina. A causa della formazione puramente teorica, tuttavia, anche queste ricerche *in anima vili* finivano per avere un'impostazione teorica. Da queste esperienze si è arrivati gradualmente a capire che l'unica preparazione corretta doveva essere l'esperienza dell'analisi personale. Per questa ragione, gli istituti di formazione annessi ai policlinici hanno adottato la regola secondo cui chiunque voglia dedicarsi alla pratica analitica deve prima sottoporsi a un'analisi personale con un analista esperto. Tuttavia, proprio come nelle analisi terapeutiche la semplice trasmissione del sapere accademico non era che una malattia infantile della disciplina, così crediamo che la corretta "analisi didattica" non si differenzi in nulla da quella terapeutica. Come potrebbe il futuro analista apprendere la tecnica corretta se non la sperimentasse proprio nel modo in cui dovrà in seguito applicarla? A ciò si aggiunge il fatto che sono i risultati stessi dell'analisi a stabilire se nel singolo caso si tratti di un'analisi didattica ovvero di un'analisi terapeutica, cioè se l'intenzione e l'attitudine al mestiere di analista abbiamo resistito o meno all'impatto dell'analisi.

Alla luce di diverse esperienze, si sarebbe tentati di chiedersi se le analisi terapeutiche compiute finora non siano state talvolta troppo "didattiche", e se le cosiddette analisi didattiche non abbiamo trasmesso più teoria – che avrebbe dovuto essere acquisita solo in seguito e in maniera indipendente – che analisi.

Possiamo formulare la nostra posizione su questa questione dicendo che *l'eccessivo sapere del paziente dovrebbe venir sostituito dal superiore sapere dell'analista*. Invece di esplicitare il sapere teorico che gli viene "suscitato" dalle associazioni del paziente, ossia invece di dar voce, per così dire, alla propria catena associativa parallela, l'analista deve elaborare l'intero materiale dentro di sé e comunicare al paziente soltanto ciò di cui questi ha assolutamente bisogno per l'esperienza analitica e la sua comprensione.

Con questo spostamento dell'accento sul sapere e sull'azione del *medico* l'immagine del trattamento analitico per certi aspetti potrebbe, almeno esteriormente, assomigliare col tempo sempre più a quella delle psicoterapie non analitiche, anzi ai metodi di trattamento comunemente impiegati in medicina. L'enorme differenza sta tuttavia nel fatto che l'analista, collegando in maniera corretta il proprio sapere con i dati del singolo paziente, è in grado di determinare esattamente il momento, il tipo e il dosaggio del proprio intervento, mentre in tutti gli altri metodi psicoterapeutici il processo avviene per mezzo della forza o di un'intuizione "artificiale" non controllabile.

Con l'*ipnosi*, per esempio, il medico otteneva di solito risultati transitori e non radicali poiché l'impiego di questa tecnica copriva tutte le motivazioni psichiche attive; per questo motivo l'ipnosi è stata abbandonata da Freud e sostituita col metodo delle associazioni libere, che ci ha permesso per la prima volta di penetrare il gioco di forze della psiche. Tuttavia dobbiamo riconoscere con Freud che l'ipnosi doveva i suoi innegabili successi proprio alla completa esclusione delle resistenze intellettuali (etiche, estetiche, ecc.). Se si riuscisse per esempio a combinare questo inestimabile vantaggio della tecnica ipnotica con la speciale capacità dell'analisi di sciogliere la situazione affettiva ipnotica, le nostre possibilità terapeutiche registrerebbero un enorme progresso.

A questo riguardo la psicoanalisi ci ha dato gli strumenti per comprendere che il nucleo del rapporto affettivo ipnotico è la situazione edipica. Ma finora non è ancora stata in grado di fornirci una spiegazione profonda della specificità dello stato ipnotico. Se si arrivasse anche a penetrare l'essenza del legame ipnotico col medico, che la comprensione dell'essenza del transfert non ci ha chiarito del tutto, l'analista potrebbe forse riuscire a porre l'ipnosi al servizio della propria tecnica senza dover temere di non essere poi in grado di recidere il cordone ombelicale che lo lega al paziente. Questa possibilità di reintrodurre l'ipnosi o altri metodi suggestivi nella terapia analitica sarebbe forse l'atto finale di quell'evoluzione verso cui secondo noi la semplificazione della tecnica analitica tende e dovrebbe tendere. In fondo anche la psicoanalisi mira a sostituire nella tecnica i processi intellettuali coi fattori affettivi dell'esperienza; ed è noto che ciò viene raggiunto al massimo grado con l'ipnosi, nella quale la coscienza può essere attivata o disattivata a seconda delle necessità.

Si avverte inoltre sempre più l'esigenza di escludere, in particolare, le resistenze intellettuali, da quando la psicoanalisi ha iniziato a penetrare in strati sempre più ampi della società, sicché le persone giungono alla cura già portando con sé queste conoscenze e usandole come un mezzo di resistenza. Questa circostanza è stata uno dei motivi, e non il meno rilevante, per cui nostro malgrado siamo stati costretti ad apportare modifiche alla nostra tecnica, e anche in futuro dovremo adeguare costantemente la tecnica alla crescente conoscenza della società circa le cause e l'essenza della nevrosi. Secondo la profezia di Freud, la diffusione delle conoscenze psicoanalitiche porterà col tempo automaticamente alla scomparsa delle forme di nevrosi finora note.

Vediamo qui di nuovo all'opera due tipi di sapere, uno che è sinergico alla terapia, anzi che può fungere da profilassi delle nevrosi (educazione infantile analitica) e un altro che risulta di ostacolo alla cura. Quest'ultima difficoltà viene tuttavia aggirata grazie al fatto che le conoscenze dell'analista sono, per il momento, nettamente superiori a quelle dell'uomo comune.

Secondo noi, dunque, nel prossimo futuro l'intero sviluppo psicoanalitico tenderà a una sostanziale semplificazione della tecnica. È possibile che ciò rafforzerà l'impressione di una certa monotonia e adesività agli schemi; ma il vero clinico è sempre stato anche un artigiano e forse è giusto che in fondo sia così. L'applicazione di tali schemi – che non sono altro che il precipitato di conoscenze faticosamente acquisite – al materiale *individuale* resta sempre l'essenza della psicoanalisi, e quindi vi è ampio spazio sia per l'espressione di particolari doti sia per ulteriori ricerche. La riduzione del metodo a dati di fatto più semplici – cosa che l'aumento delle nostre conoscenze dovrebbe favorire – avrebbe col tempo la conseguenza, non indifferente sul piano pratico, che da un lato sarebbe molto più facile per i medici (dunque non solo per gli psicoterapeuti) acquisire il sapere psicoanalitico e dall'altro il trattamento verrebbe notevolmente semplificato e abbreviato.

Raggiunto questo livello di capacità pratiche, non sarebbe più necessario mantenere così scrupolosamente lo «splendido isolamento» [Freud, 1914, p. 395] che era stato necessario per la creazione e l'ampliamento della psicoanalisi; al contrario, non ci meravigliremmo affatto se si arrivasse a combinare legittimamente con la psicoanalisi altri metodi psicoterapeutici che si sono rivelati efficaci in base all'intendimento analitico (come abbiamo cercato di mostrare con l'esempio dell'ipnosi). Freud stesso aveva in mente l'eventualità futura dell'impiego di massa della terapia analitica quando ha immaginato che si arriverà «a legare in larga misura il puro oro dell'analisi con il bronzo della suggestione diretta; anche l'influsso ipnotico potrebbe riacquistare una sua funzione» (Freud, 1918, p. 28).

Naturalmente anche quando il sapere psicoanalitico sarà penetrato nel pensiero medico sotto forma di una conoscenza dell'uomo più accurata, tutti gli interventi saranno più mirati ed efficaci in quanto compiuti anche valutando attentamente i fattori *psichici* in gioco. Già oggi alcuni internisti, ginecologi e chirurghi lungimiranti hanno iniziato a utilizzare accorgimenti psicoanalitici, e in tal modo, se hanno agito correttamente, sono innegabilmente riusciti a ottenere risultati che hanno sorpreso le rispettive cerchie di colleghi. A noi questi risultati non sorprendono, in quanto dall'addestramento analitico mirato di tutti i medici ci aspettiamo un progresso fondamentale di tutta la medicina³². Ci si può addirittura attendere che il sapere psicoanalitico, ovvero il sapere

³² Sarà un altro ungherese, Michael Balint, in Inghilterra, a lavorare per la formazione psicologica dei medici (si veda il suo libro del 1956 *Medico, paziente e malattia*, e anche la rubrica "Tracce" a pp. 389-410 del n. 3/2005 di *Psicoterapia e Scienze Umane*). Balint scriverà anche le prefazioni al secondo e al quarto volume, rispettivamente del 1970 e del 1982, delle *Œuvres complètes* di Ferenczi dell'editore Payot di Parigi. [N.d.R.]

circa l'essere umano, diventi un punto nodale di tutto il sapere medico e che porti a un'unificazione di questa disciplina così parcellizzata dal moltiplicarsi delle specializzazioni. Il vecchio medico di famiglia, amico e consigliere di tutta la famiglia, tornerebbe ad avere il ruolo importante che aveva prima, ma in un senso più profondo. Sarebbe l'osservatore comprensivo e l'intimo conoscitore dell'intera personalità del paziente e potrebbe esercitare un'influenza accorta sul suo percorso evolutivo, dalla nascita alle difficoltà dello sviluppo puberale passando per l'istruzione, la scelta professionale, il matrimonio, i conflitti psichici più o meno gravi, le malattie organiche o i disturbi mentali. Il suo ruolo di consulente non si limiterebbe agli aspetti fisici, ma saprebbe adeguatamente prendere in considerazione i fattori psichici – forse più importanti – nonché le reciproche influenze tra dimensione fisica e psicologica.

A partire dalla famiglia, questo medico dell'anima eserciterebbe naturalmente un'influenza – la cui ampiezza è ancora difficile da immaginare – sulla società, i suoi costumi e le sue tendenze, promuovendo così indirettamente il miglioramento dell'educazione e dando un contributo alla profilassi delle nevrosi anche per questa via. L'accentramento nella persona del medico di conoscenze che finora erano apparse tanto eterogenee contribuirebbe forse anche a unificare la scienza nel suo complesso, che finora è stata distinta troppo nettamente in scienze della natura e scienze dello spirito.

Già adesso possiamo affermare che la diffusione del sapere psicoanalitico ha dato notevole impulso, per esempio, allo studio della biologia, in quando ha posto le basi per una teoria delle pulsioni completamente nuova, che potrebbe indicare la strada per una nuova teoria dello sviluppo. L'applicazione della psicoanalisi ad esempio alle correnti moderne della chimica fisiologica (secrezioni interne, ecc.) non è ancora del tutto prevedibile; ma anche l'analisi delle nevrosi si imbatte in fondo nel chimismo sessuale, della cui importanza in linea di principio ha già parlato Freud (1905) nei *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Anche l'eziologia tossica delle psicosi, che prima veniva considerata da un unico punto di vista, potrebbe, in connessione con la psicoanalisi di queste patologie, riservare sorprese terapeutiche.

Nel futuro il sapere psicoanalitico non solo sarà un bene comune di tutti i medici, per loro indispensabile quanto per esempio le conoscenze di anatomia e fisiologia, ma vi saranno ovviamente anche terapeuti appositamente formati che – come accade in parte già oggi – non dovranno necessariamente essere medici, dato che già l'educazione, così come il sostegno allo sviluppo psicologico, sono in realtà compiti psicoterapeutici o profilattici. Ciò dirime anche la questione un po' gonfiata da alcuni specialisti della possibilità che anche i "laici", vale a dire i non medici, esercitino la psicoanalisi. Per come stanno oggi le cose, i medici, condizionati dalla loro formazione unilaterale in scienze naturali, sono di fatto "profani" in ambito psicologico³³. Si può tranquillamente dire che la loro modalità di pensiero puramente fisiologica limita in

³³ Solo negli ultimi tempi si è pensato di promuovere l'introduzione di un insegnamento di psicologia negli studi di medicina.

qualche modo la loro comprensione dello psichico. Dall'altro lato, i fondamenti della psicoanalisi poggiano su poche premesse comuni alla natura umana, cosicché per comprenderla e padroneggiarla è sufficiente – oltre a un'accurata formazione analitica – una buona cultura generale, e non serve una formazione medica, come si deduce dalle esternazioni di Freud in proposito³⁴. Ecco perché il valore della psicoanalisi è stato finora maggiormente riconosciuto e apprezzato dalle persone esterne all'ambito medico che dai medici, tanto che di recente a un congresso pubblico un giovane rappresentante della psichiatria moderna ha rinfacciato ai suoi colleghi che proprio loro, che sarebbero stati chiamati ad assumere la guida della psicoanalisi, si erano lasciati sfuggire quell'opportunità (Prinzhorn, 1922, p. 386). Sembra però che le cose miglioreranno nel prossimo futuro e si colgono già segnali di cambiamento di rotta da parte della medicina ufficiale in singoli paesi, cosicché l'auspicata penetrazione della psicoanalisi nella conoscenza generale dell'uomo metterà fine alle dispute con le scienze limitrofe.

Ciò che già Freud (1910) era stato in grado di prevedere nella relazione *Le prospettive future della terapia psicoanalitica* al II Congresso internazionale di psicoanalisi a Norimberga, cioè che i nostri successi terapeutici sarebbero notevolmente aumentati se ci fosse stata riconosciuta l'*autorità* comunemente attribuita agli altri specialisti, è ora molto più vicino a realizzarsi; ma la piena efficacia di questo elemento sociale, che non deve essere affatto trascurato, sarà raggiunta soltanto quando le resistenze – intellettuali e di altro genere – verranno superate, magari anche grazie a modifiche tecniche che tengono conto di questo punto di vista.

Se nelle pagine precedenti abbiamo tentato, partendo dai dati disponibili, di avventurarci in speculazioni sul futuro, ciò ci pare qualcosa di più di un ozioso trastullo di fantasia. Anzi, se seguiamo con coerenza questo ragionamento fino in fondo, arriviamo a trovare la giustificazione della nostra concezione nel fatto che essa si inserisce organicamente in un grande sviluppo, anche se non lineare. E infatti il principale progresso della psicoanalisi è in ultima analisi l'enorme espansione della coscienza o, espresso nel nostro linguaggio metapsicologico, l'elevazione dei contenuti psichici istintuali inconsci al livello del pensiero umano preconsciouso. Ciò rappresenta a nostro avviso un passo avanti nello sviluppo dell'umanità talmente significativo da poter essere considerato addirittura un progresso biologico, e precisamente un progresso biologico che per la prima volta si attua con una sorta di autocontrollo.

³⁴ Scrive Freud (1909): «Il medico, che attraverso lo studio ha imparato a conoscere tante cose rimaste celate al profano, ha saputo crearsi intorno alle origini e alterazioni patologiche (...) idee che (...) gli consentono la comprensione delle singole particolarità del quadro clinico. Posto di fronte alla particolarità dei fenomeni isterici invece, tutta la sua scienza, tutta la sua preparazione anatomo-fisiologica e patologica non gli servono più a nulla. Non riesce a comprendere l'isteria, e di fronte a essa è anch'egli un profano» (p. 131). Per questo Freud afferma anche che seguire i medici ci è stato utile fino a un certo punto, cioè fino alla diagnosi, ma ben presto ce ne siamo potuti allontanare.

Sotto l'influsso di questa espansione della coscienza, il medico, la cui professione si è evoluta passando per le figure dello sciamano, dello stregone, del ciarlatano e del guaritore e che nei casi migliori resta ancora un po' artista, diverrà sempre più anche un fine conoscitore dei meccanismi psichici, confermando anche il detto secondo cui la medicina è l'arte più antica e la scienza più giovane.

POSTFAZIONE*

Michael Turnheim

È incredibile quanto tempo abbiamo dovuto attendere prima di poter di nuovo leggere *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi* di Ferenczi & Rank, scritto in lingua tedesca nel 1923, stampato nel 1924 e da allora non più pubblicato nella sua stesura originaria³⁵. Ciò fa sorgere dubbi circa la serietà dell'interesse che da qualche tempo viene rivolto alla storia della psicoanalisi. Leggendo le numerosissime pubblicazioni sul tema, si ha in ogni caso l'impressione che ai vari autori interessi creare una sorta di museo a sostegno della propria credibilità o rappresentare in modo gratuitamente ironico lotte di potere che sarebbero unicamente determinate dall'ostinazione dei protagonisti. In entrambi i casi manca l'unica cosa importante, ossia un'indagine sui motivi delle tensioni politiche che di fatto esistevano all'interno del movimento psicoanalitico e delle posizioni soggettive che erano in gioco.

Il fatto che il libro di Ferenczi e Rank non sia stato disponibile per così tanto tempo – gli esemplari che ogni tanto spuntavano nei cataloghi degli antiquari erano talmente richiesti da scomparire in un attimo³⁶ – dipende senza dubbio da una sua specifica caratteristica: *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi* rappresenta

* Questa postazione (*Nachwort*) è stata pubblicata in una riedizione dell'opera di Sándor Ferenczi & Otto Rank (1923 [1924]) in lingua tedesca: *Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Wien: Turia & Kant, 1996, pp. 97-109. Ringraziamo per il permesso. Traduzione di Danila Moro.

³⁵ La traduzione inglese (*The Development of Psychoanalysis*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1925 [Monograph Series no. 40]) è stata ristampata a New York nel 1956 da Dover Publications; una versione francese è stata pubblicata nel 1994 dall'editore Payot di Parigi col titolo *Perspectives de la psychanalyse*. [La prima edizione italiana completa, con la prefazione e tutti i sei capitoli (e con un nuova traduzione dei capitoli 1, 3 e 5 che erano apparsi nel terzo volume dei *Fondamenti di psicoanalisi* dell'editore Guaraldi nel 1974 e poi delle *Opere* dell'editore Raffaello Cortina nel 1992), appare a pp. 490-530 di questo n. 4/2012 di *Psicoterapia e Scienze Umane* (N.d.R.)]

³⁶ La scarsa reperibilità dell'originale non giustifica tuttavia che nell'edizione tedesca della biografia di Freud di Ernest Jones (1957) il titolo del libro sia stato scorrettamente ritradotto dall'inglese in "Lo sviluppo della psicoanalisi" (p. 75 trad. tedesca del 1962).

un precoce e importante tentativo di indagare criticamente la teoria psicoanalitica. Tuttavia, anche se i due autori si allontanano già parzialmente dalle concezioni freudiane, il lavoro comune li porta alla fine a un compromesso piuttosto prudente. Di conseguenza il testo si colloca in una sorta di *no man's land* [terra di nessuno] – troppo poco ortodosso per gli ortodossi e troppo poco dissidente per gli estimatori dei successivi lavori dei due autori. Se pur si è potuto leggere i capitoli scritti da Ferenczi nelle edizioni delle sue opere – dato che ai suoi lavori successivi è stato concesso uno spazio modesto, ma pur sempre stabile, a margine dell'ortodossia psicoanalitica – la parte redatta da Rank è stata presto dimenticata, in quanto alla sua opera successiva non è stato riservato lo stesso trattamento.

Al momento della pubblicazione, *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi* ha suscitato parecchio scalpore³⁷, non tanto nel grande pubblico ma piuttosto nella cerchia più ristretta del movimento psicoanalitico, vale a dire all'interno del famoso "comitato"³⁸ di cui entrambi gli autori facevano parte. Le tensioni che ne sono scaturite – l'iniziale interesse di Freud e gli sforzi, poi riusciti, di fargli cambiare idea, soprattutto da parte di Jones e Abraham – sono bene documentati e pertanto non occorre entrare qui nei dettagli (vedi Jones, 1957, pp. 66 sg. trad. tedesca del 1962; Grosskurth, 1991, pp. 139 sg.; vedi anche la corrispondenza di Freud nel relativo periodo). Va tuttavia ricordato che la crisi prodotta dalla pubblicazione del 1924 portò allo scioglimento del comitato.

Per spiegare la veemente reazione del comitato si potrebbe guardare alla successiva carriera dei due autori, al fatto che i loro successivi lavori, che si discostavano più (Rank) o meno (Ferenczi) dalla via maestra della psicoanalisi, avrebbero dato retrospettivamente ragione ai sospetti dei colleghi. In tal modo però si trascurerebbe il fatto che dalla fine degli anni 1920 la pratica analitica, per lo meno negli elementi più interessanti del movimento, aveva subito una trasformazione. Occorre quindi chiedersi se il libro del 1924 rappresenti l'opera eccentrica di due pensatori solitari o non sia piuttosto il primo manifesto di un nuovo periodo, cui di solito si fa riferimento con l'aggettivo "postfreudiano" (nel senso di ciò che è stato elaborato *dopo* Freud *in seno* al movimento psicoanalitico).

Ferenczi e Rank affermano esplicitamente di non essere *completamente* d'accordo con Freud. La loro critica ha il merito di essere trasparente. Essa si rivolge a due elementi della pratica analitica, da un lato la funzione del *sapere* e dall'altro quella del *ricordare*, nonché al rapporto che esiste tra i due.

Per quanto riguarda il sapere, essi si riallacciano a una relazione di Freud del 1910 in cui delinea una sorta di utopia psicoanalitica («una stranissima costellazione terapeutica», p. 204). Se in un qualche momento futuro, grazie al riconoscimento della psicoanalisi, si arrivasse a una convergenza tra sapere psicoanalitico e sapere generale, tutti avrebbero in mano la «soluzione dell'enigma», cono-

³⁷ Motivo delle vivaci discussioni furono anche i due libri che gli autori avevano pubblicato contemporaneamente, ognuno per proprio conto: *Thalassa* di Ferenczi (1924) e *Il trauma della nascita* di Rank (1924).

³⁸ Si veda a questo proposito anche l'articolo di Giancarlo Gramaglia e Franco Quesito "Il comitato segreto", a pp. 75-98 del n. 1/2004 di *Psicoterapia e Scienze Umane*. [N.d.R.]

scerebbero «il significato generale dei sintomi»³⁹, e le nevrosi, quei «soddisfacenti sostitutivi e deformati delle pulsioni» (*ibidem*), non avrebbero più ragione di esistere. Tutti dovrebbero essere «onesti, confessare le pulsioni che si sono date in loro» (*ibid.*, p. 205). Indipendentemente dal fatto che si tratti di un'espressione di spavalderia o di ironia da parte di Freud, è facile vedere come vi sia qui una confusione tra rimozione e repressione, come si ignori che, aldilà di ciò che è decifrabile dei sintomi, sia in gioco una resistenza rispetto al discorso generale.

Ma anche escludendo la possibilità reale di un'armonizzazione tra sapere psicoanalitico e sapere generale, non si può negare che tale possibilità possa esistere come illusione ed esercitare la sua influenza sotto quella forma. Non dimentichiamo che poco prima della pubblicazione del libro di Ferenczi e Rank era stato aperto l'Istituto psicoanalitico di Berlino, dove si trovano accenni in questa direzione (Simmel, 1930, p. 12; Turnheim, 1993). Nel 1924 Ferenczi e Rank credevano in ogni caso che quello stato di cose fosse reale e che mettesse seriamente in discussione le regole del gioco che fino a quel momento avevano guidato il rapporto tra analista e analizzando.

Mentre Freud, almeno per un certo periodo, sembrava aspettarsi che la diffusione del sapere psicoanalitico potesse agire da profilassi delle nevrosi, i nostri due autori parlano delle «conoscenze (...) come un mezzo di resistenza» (Ferenczi & Rank, 1923, p. 62 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 86 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 526)⁴⁰. Infatti col «crescere delle nostre conoscenze» le analisi sarebbero diventate più lunghe e non si sentirebbe più parlare delle «guarigioni miracolose» (*ibid.*, p. 52 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 72 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 520) che venivano registrate nei primi tempi della psicoanalisi. Ci sarebbero pazienti che «hanno sulla punta delle dita l'intero sapere analitico del proprio analista e sono persino più bravi di lui nell'interpretare i propri sintomi, senza che ciò li abbia minimamente aiutati nella propria vita» (*ibid.*, p. 24 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 36 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 503). Una tale ««semplice conoscenza»» (*ibid.*) si riscontrerebbe soprattutto negli ossessivi e sarebbe particolarmente inquietante quando coinvolge proprio chi esercita il mestiere di analista. Infatti per queste persone sembrava che «la pratica psicoanalitica fosse essa stessa soltanto un sintomo della loro nevrosi» di modo che «l'analisi riattivava anche in loro l'antica situazione edipica che pertanto non erano in grado di risolvere completamente nei loro pazienti» (*ibid.*, p. 25 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 37 ediz. te-

³⁹ La formulazione «significato generale dei sintomi» – oggi forse si parlerebbe di indipendenza del significato dal contesto – rappresenta il nodo problematico di questo esperimento mentale freudiano. Come nel suo richiamarsi troppo conciliante alla simbologia onirica di Stekel, anche qui Freud si scontra coi principi del discorso da lui stesso inaugurato. L'osservazione di Lacan (1975) «Non esiste un senso generale dell'isteria» (p. 12) potrebbe essere una critica implicita di questo passaggio.

⁴⁰ In un senso analogo, Lacan ipotizza, riferendosi alla stessa relazione di Freud (1910), la possibilità di una «chiusura dell'inconscio» risultante dalla «diffusione, su scala sociale, degli effetti dell'analisi» (Lacan, 1955, p. 359 ediz. francese del 1966, p. 353 trad. it. del 1974).

desca del 1996, qui a p. 503). Non solo tra i nevrotici, ma anche tra gli analisti si può trovare un «*eccessivo sapere*» (*ibid.*, p. 35 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 50 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 510, corsivi nell'originale).

Che fare? Qui i due autori introducono il secondo riferimento freudiano, il testo *Ricordare, ripetere e rielaborare* (Freud, 1913b). Essi riassumono la posizione di Freud in modo approssimativo ma nel complesso non scorretto, dicendo che in questo scritto «il ricordare viene considerato il vero obiettivo del lavoro analitico, mentre il desiderio di ripetere» – espressione che non si trova in Freud – «che si sostituisce al ricordare, è ritenuto un sintomo di resistenza e come tale da evitare» (Ferenczi & Rank, 1923, p. 7 ediz. orig. tedesca del 1924, pp. 13-14 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 492).

Ferenczi e Rank sono invece convinti che la ripetizione riguardi proprio «quelle porzioni che non sono affatto disponibili come ricordi, di modo che al paziente non resta altra via che quella di ripeterle, ma anche all'analista non resta altro mezzo, se vuole cogliere il materiale *specificamente inconscio*⁴¹, che seguire il paziente» (*ibid.*, p. 7 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 14 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 492)⁴². L'analista non dovrà quindi evitare la riproduzione, bensì favorirla. Perché soltanto in questo modo si potrà accedere all'esperienza che si trova aldilà del ricordo – benché poi gli autori specificchino che lo scopo dell'analisi è quello di spiegare e decifrare *a posteriori* l'esperienza vissuta⁴³.

Quest'enfasi sui limiti del ricordare porta a distinguere tra due tipi di conoscenza: una conoscenza puramente «teorica», che permette la «traduzione» del materiale che via via affiora in analisi, e una conoscenza che viene acquisita dopo la comprensione *a posteriori* dell'esperienza vissuta e che è la sola a produrre nel soggetto una «“convinzione” profonda» (*ibid.*, p. 45 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 63 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 516).

Ferenczi e Rank suggeriscono che la cura giunga a un punto posto aldilà delle formazioni inconsce che appaiono in un primo tempo decifrabili. Il soggetto deve aprirsi una strada nel sapere fundamentalmente falso che si articola nelle rappresentazioni e ritrovare, oltre questo sapere, un momento della propria storia che nell'analisi rivivrà in maniera diversa. Solo l'esperienza permetterebbe di giungere a quella saldatura di vero sapere e convinzione che rappresenta la condizione di ogni mutamento soggettivo.

Che con un tale appello all'autenticità della vera esperienza ci si inoltrasse in un territorio sospetto, estraneo al discorso psicoanalitico, è lapalissiano. Tuttavia

⁴¹ Secondo questa concezione, l'inconscio comprende anche il residuo che sfugge al significante.

⁴² Si fa qui riferimento a una precedente presa di posizione di Freud (1901) sulla questione nel caso clinico di Dora: «In tal modo ella *mise in atto* una parte essenziale dei suoi ricordi e delle sue fantasie, invece di riprodurla nella cura» (p. 399).

⁴³ L'intervento analitico viene descritto come articolato in due momenti: prima si ha l'«attivazione della nevrosi originaria», poi la sua «dissoluzione» (Ferenczi & Rank, 1923, p. 20 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 31 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 500). Il primo momento rappresenta per il soggetto una gratificazione, il secondo una «rinuncia parziale», un'«esperienza dolorosa» (*ibid.*, p. 23 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 35 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 502).

non si può ignorare che in questo modo gli autori stavano cercando di affrontare una questione che occuperà molto gli analisti che verranno dopo di loro: la questione di come la pratica analitica possa andare oltre l'interpretazione delle formazioni dell'inconscio. L'affermazione dei due autori secondo cui non esiste vera analisi senza un confronto con un residuo ininterpretabile⁴⁴ era a quei tempi, quattro anni dopo la pubblicazione di *Al di là del principio di piacere* (Freud, 1920), un fatto nuovo.

Come possono gli analisti arrivare a tale confronto? Ferenczi & Rank (1923) non rispondono a questa domanda e si limitano semplicemente a far riferimento all'«attività» dell'analista (pp. 8-9 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 15 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 493)⁴⁵. I membri del comitato e lo stesso Freud (in una lettera ad Abraham del 15 febbraio 1924 [Freud & Abraham, 1907-26, p. 231]) hanno criticato questa imprecisione in merito alla prassi. Ma non si sarebbe potuto anche attribuire questa omissione a un certo riserbo da parte degli autori? Il fatto che le loro concezioni presentino due idee lasciate in sospeso o solo abbozzate – quella dell'*esperienza* dell'analizzando e quella dell'*attività* dell'analista che induce quell'*esperienza* – è più un pregio che un difetto, coerente con la loro avversione per il falso sapere.

E infatti in questi varchi si insedieranno le scoperte, per lo più molto problematiche, dei postfreudiani, anche quelle di Ferenczi stesso. L'«attività» dell'analista diventerà per loro – per Balint, Winnicott, Kohut – un *know how* rispetto alle esigenze del paziente, la cui esperienza assumerà di conseguenza la forma di un soddisfacimento o di una riparazione. L'unica indicazione a tal riguardo che si trova nel testo di Ferenczi & Rank (1923) va piuttosto nella direzione contraria: attraverso l'«attivazione della nevrosi originaria» e la sua comprensione, il soggetto deve imparare a tollerare il fatto che l'«amore edipico» resti non corrisposto (pp. 20-21 ediz. orig. tedesca del 1924, pp. 31-32 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 500)⁴⁶.

A dispetto delle lacune, non si può disconoscere il merito fondamentale di questo testo: offrire qualcosa di nuovo senza soffocare le possibilità che si offrivano ritraendosi di fronte alla radicalità di Freud, come hanno fatto i postfreudiani. Ciò che in questo libro non viene detto non è pertanto meno importante di ciò

⁴⁴ In tal senso l'analisi viene descritta come un «*processo individualmente determinato e temporalmente delimitato di sviluppo libidico*» (Ferenczi & Rank, 1923, p. 10 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 17 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 494, corsivi nell'originale), una «*cura di deprivazione libidica*» (*ibid.*, p. 12 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 20 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 495, corsivi nell'originale).

⁴⁵ Il testo si limita ad affermare che l'attività deve far sì che le tracce che il soggetto deve riprodurre nell'esperienza analitica «si dispieghino completamente» (Ferenczi & Rank, 1923, p. 55 ediz. orig. tedesca del 1924, p. 76 ediz. tedesca del 1996, qui a p. 522). L'espressione «attività» è senza dubbio un contributo di Ferenczi, che già nel 1919 aveva consigliato un atteggiamento «attivo» dell'analista che permetterebbe di scoprire modalità di soddisfacimento del paziente altrimenti inaccessibili (vedi Ferenczi, 1919).

⁴⁶ In tal senso il libro resta fedele ai principi dell'etica freudiana, così come il primo periodo delle innovazioni di Ferenczi, negli anni 1919-1924.

che viene detto. Al riserbo può aver contribuito il fatto che i due autori avevano peraltro concezioni molto divergenti tra loro e non era certo facile accordarsi su un consenso minimo⁴⁷.

Come potrebbero essere descritte le rispettive posizioni di Rank e Ferenczi? Benché nella teoria di Ferenczi si possano riconoscere diversi periodi, vi si scorge un filo conduttore: il soggetto deve venir in qualche modo conciliato con l'altro. Si potrebbe dire che nella cura Ferenczi come analista abbia voluto essere quell'altro che concilia, in grado di cancellare gli effetti della struttura, la castrazione.

Vi sono invece indizi che la posizione di Rank fosse piuttosto legata a quella dell'oggetto. Lacan (1967) sembra alludere a ciò quando parla del «prototipo del "Non penso" offerto da Rank» (p. 23 ediz. francese del 1970, p. 147 trad. it. del 1977). Ciò che affascinava Rank dopo il 1924 era la contraddizione che egli vedeva incarnata nell'attività dell'artista. Con le sue creazioni artistiche, quest'ultimo voleva ottenere un'elevazione della vita. Se ci fosse riuscito, sarebbe diventato famoso. Ma poiché la fama gli veniva necessariamente dall'altro, l'artista veniva di fatto ucciso dall'*altro* (vedi Rank, 1932, p. 410). L'individuo creativo poteva sfuggire a questo dilemma soltanto abbandonando l'arte a favore di un'elevazione diretta della propria vita (*ibid.*, p. 430)⁴⁸. La vita stessa doveva dunque prendere il posto dell'opera⁴⁹.

Prospettive di sviluppo della psicoanalisi appare dunque come un compromesso provvisorio tra le opposte direzioni in cui i due autori si stavano incammi-

⁴⁷ Questo consenso dovrebbe riguardare un punto che nel volume del 1924 non viene mai citato – vale a dire il fatto che il soggetto venga spesso o sempre mal accolto nel mondo. Il colpevole secondo Ferenczi (per lo meno a partire dal 1929 – si veda per esempio "Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte") è sempre l'altro, la sua mancanza di amore e le sue bugie; mentre Rank, più lungimirante su questo punto, sembra vedere le cause in un effetto della struttura stessa (è probabilmente in questo modo che va inteso il suo concetto di "trauma della nascita" [Rank, 1924]).

⁴⁸ Negli ultimi anni di vita Rank firmava le sue lettere con lo pseudonimo "Huck". Il coscienzioso segretario di Freud aveva trovato il suo «vero Sé, che lo rendeva felice» nella figura del *pragmatic simplifier* Huckleberry Finn (Lieberman, 1984, p. 346). Un aneddoto che Rank (1932, p. 376) amava raccontare illustra quale era il suo ideale: durante una traversata dell'Atlantico aveva osservato un uomo che leggeva, e che non appena aveva finito una pagina del suo libro, la strappava e la gettava in mare.

⁴⁹ Il che corrisponde a una delle definizioni del *dandysme* (vedi Coblenz, 1988, pp. 9-11; per il rapporto tra il *dandysme* e il discorso analitico, vedi Miller, 1994). Rank non parla esplicitamente di *dandysme*, ma cita per esempio Byron, che spesso viene messo in relazione con quella corrente (Rank [1932] sottovaluta l'opera di Byron: «Ciò che ci interessa oggi di Byron è la sua vita romantica, e non le sue poesie fuori moda»). Si ha comunque l'impressione che il *dandysme* sia rimasto per Rank un ideale che non trovò realizzazione nella sua vita. Il fatto che nel 1925 abbia iniziato a frequentare la *high society* newyorchese e le *ballrooms* di Harlem (vedi Lieberman, 1984, pp. 345 sg.) fa piuttosto pensare a tendenze *snob*. La sua concezione del primato della vita rispetto all'opera non giustifica tra l'altro le indiscutibili debolezze dei suoi lavori successivi.

nando⁵⁰ – quella dell'altro e quella dell'oggetto. Un compromesso, e non una soluzione. Le difficoltà ancor oggi esistenti di articolare correttamente le due funzioni hanno fatto sentire l'esigenza di rimettere a disposizione dei lettori interessati questo importante documento storico.

Riassunto. Dopo una Nota redazionale, viene tradotta integralmente per la prima volta in italiano e con una nuova traduzione la monografia *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. Sull'interdipendenza tra teoria e pratica* di Sándor Ferenczi e Otto Rank, scritta nel 1923 e pubblicata nel 1924 (precedentemente erano stati tradotti in italiano solo i capitoli 1, 3 e 5, pubblicati nel terzo volume dei *Fondamenti di psicoanalisi* dell'editore Guaraldi nel 1974 e delle *Opere* dell'editore Raffaello Cortina nel 1992). Viene anche pubblicata una postfazione di Michael Turnheim a una ristampa tedesca dell'editore Turia & Kant di Vienna del 1996. *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi* rappresenta una importante tappa del dibattito sulla teoria della tecnica psicoanalitica, e mostra come già agli inizi degli anni 1920 fossero ben presenti alcune tematiche discusse attualmente all'interno del movimento psicoanalitico. [PAROLE CHIAVE: teoria della tecnica psicoanalitica, fattori curativi in psicoanalisi, esperienza *versus* comprensione intellettuale, rapporto emozionale, transfert]

Abstract. THE DEVELOPMENT OF PSYCHOANALYSIS. After an Editorial Note, the complete Italian edition, with a new translation, of Sándor Ferenczi & Otto Rank's essay of 1924 *The Development of Psychoanalysis*, written in 1923, is published (only chapters 1, 3, and 5, had been previously translated into Italian). Also an Afterword written by Michael Turnheim for a German edition of this essay published in 1996 by Turia & Kant of Vienna is translated. *The Development of Psychoanalysis* represents an important milestone of the debate on the theory of psychoanalytic technique, and shows how already at the beginning of the 1920s some issues that today are discussed within the psychoanalytic movement were already well known. [KEY WORDS: theory of psychoanalytic technique, curative factors in psychoanalysis, experiencing *versus* understanding, emotional relationship, transference]

Bibliografia

- Balint M. (1956). *The Doctor, his Patient and the Illness*. London: Pitman Medical Publishing (trad. it.: *Medico, paziente e malattia*. Prefazione di P.F. Galli. Milano: Feltrinelli, 1961).
- Breuer J. & Freud S. (1892-95). Studi sull'isteria. *Opere*, 1: 162-439. Torino: Boringhieri, 1967.
- Coblence F. (1988). *Le dandysme*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Eitingon M. (1922). Bericht über die Berliner Psychoanalytische Poliklinik (März 1920 bis Juni 1922). *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1923, pp. 1-19 (trad. inglese: Report of the Berlin Psychoanalytical Polyclinic. *Bulletin of the International Psychoanalytical Association*, 1923, 4: 254-269).
- Ferenczi S. (1909). Introiezione e transfert. In: *Fondamenti di psicoanalisi: 1: Teoria: le parole oscure e altri saggi*. Rimini: Guaraldi, 1972, vol. 1, cap. 1, pp. 3-37. In: *Opere, Volume Primo, 1908-1912*. Milano: Raffaello Cortina, 1989, cap. 7, pp. 78-107.

⁵⁰ In una recensione apparsa nel 1927 ("Critica della 'Tecnica della psicoanalisi' di Rank"), Ferenczi sottopone la teoria di Rank a una critica severa, scrivendo che la violenza con cui Rank cerca di ottenere la separazione del soggetto dall'analista facendogli rivivere il trauma della nascita è inaccettabile (Ferenczi, 1927, pp. 88 sg. ediz. it. del 1973, pp. 379 sg. ediz. it. del 1992, pp. 115 sg. ediz. tedesca del 1984), e che inoltre egli trascura la funzione del padre a favore di una riproduzione del rapporto con la madre (*ibid.*, p. 94 ediz. it. del 1973, p. 384 ediz. it. del 1992, pp. 124 ediz. tedesca del 1984).

- Ferenczi S. (1913). Fede, incredulità e convinzione. In: *Elogio della psicoanalisi: interventi 1908-1920*. Torino: Boringhieri, 1981, cap. 16, pp. 152-163. Anche col titolo: Fede, incredulità e convinzione dal punto di vista della psicologia medica. In: *Opere, Volume Secondo, 1913-1919*. Milano: Raffaello Cortina, 1990, cap. 7, pp. 23-33.
- Ferenczi S. (1919). Difficoltà tecniche nell'analisi di un caso di isteria. In: *Fondamenti di psicoanalisi*. Vol. 3: *Ulteriori contributi (1908-1933)*. Rimini: Guaraldi, 1974, vol. 3, cap. 10, pp. 93-101. In: *Opere, Volume Terzo, 1919-1926*. Milano: Raffaello Cortina, 1992, cap. 1, pp. 1-7.
- Ferenczi S. (1920). Ulteriore estensione della "tecnica attiva" in psicoanalisi. In: *Fondamenti di psicoanalisi*. Vol. 2: *Prassi: scritti sulla terapia attiva e altri saggi*. Rimini: Guaraldi, 1973, cap. 6, pp. 44-63. In: *Opere, Volume Terzo, 1919-1926*. Milano: Raffaello Cortina, 1992, cap. 12, pp. 99-114.
- Ferenczi S. (1924). *Thalassa. Psicoanalisi delle origini della vita sessuale*. Roma: Astrolabio, 1965. Anche col titolo: *Thalassa. Saggio sulla teoria della genialità*. In: *Opere, Volume Terzo, 1919-1926*. Milano: Raffaello Cortina, 1992, pp. 230-302.
- Ferenczi S. (1927). Zur Kritik der Rankschen "Technik der Psychoanalyse". In: *Bausteine der Psychoanalyse, Band II*. Bern: Hans Hueber, 1984 (trad. it.: Critica della "tecnica psicoanalitica" di Rank. In: *Fondamenti di psicoanalisi*. Vol. 2: *Prassi: scritti sulla terapia attiva e altri saggi*. Rimini: Guaraldi, 1973, cap. 9, pp. 87-96. Anche col titolo: Critica di "Tecnica psicoanalitica" di Otto Rank. In: *Opere, Volume Terzo, 1919-1926*. Milano: Raffaello Cortina, 1992, cap. 50, pp. 378-386).
- Ferenczi S. (1929). Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte. In: *Fondamenti di psicoanalisi*. Vol. 3: *Ulteriori contributi (1908-1933)*. Rimini: Guaraldi, 1974, vol. 3, cap. 32, pp. 360-365. Anche col titolo: Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte. In: *Opere, Volume Quarto, 1927-1933*. Milano: Raffaello Cortina, 2002, cap. 5, pp. 45-49.
- Ferenczi S. & Rank O. (1923 [1924]). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924; Wien: Turia & Kant, 1996 (trad. inglese: *The Development of Psychoanalysis*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1925 [Monograph Series no. 40]; trad. it. dei capitoli 1, 3 e 5: Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. Reciprocità tra teoria e prassi. In: *Fondamenti di psicoanalisi, Vol. III*. Rimini: Guaraldi, 1974, pp. 175-193; Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. Sull'interdipendenza tra teoria e pratica. In: *Opere, vol. III: 1919-1926*. Milano: Raffaello Cortina, 1992, pp. 201-216; nuova trad. it. completa, con la prefazione, i sei capitoli e una postfazione di Michael Turnheim del 1996, in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, XLVI, 4: 487-538).
- Freud S. (1901). Frammento di un'analisi di isteria [Caso clinico di Dora]. *Opere*, 4: 301-402. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. *Opere*, 4: 443-546. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud S. (1909 [1910]). Cinque conferenze sulla psicoanalisi. *Opere*, 6: 127-173. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1910). Le prospettive future della terapia psicoanalitica. *Opere*, 6: 197-206. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1911). Tecnica della psicoanalisi: L'impiego della interpretazione dei sogni nella psicoanalisi. *Opere*, 6: 517-522. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1912a). Tecnica della psicoanalisi: Dinamica della traslazione. *Opere*, 6: 523-531. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1912b). Tecnica della psicoanalisi: Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. *Opere*, 6: 532-541. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1913a). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 1. Inizio del trattamento. *Opere*, 7: 333-352. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1913b [1914]). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 2. Ricordare, ripetere e rielaborare. *Opere*, 7: 353-361. Torino: Boringhieri, 1975.

- Freud S. (1914 [1915]). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 3. Osservazioni sull'amore di traslazione. *Opere*, 7: 362-374. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1914). Per la storia del movimento psicoanalitico. *Opere*, 7: 377-438. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1915). Metapsicologia. Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno. *Opere*, 8: 89-101. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud S. (1915-17 [1916-17]). Introduzione alla psicoanalisi. *Opere*, 8: 191-611. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud S. (1918 [1919]). Vie della terapia psicoanalitica. *Opere*, 9: 19-28. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1920). Al di là del principio di piacere. *Opere*, 9: 189-249. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1921). Psicologia delle masse e analisi dell'Io. *Opere*, 9: 259-330. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1922 [1923]). L'Io e l'Es. *Opere*, 9: 471-520. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1922). Osservazioni sulla teoria e pratica dell'interpretazione dei sogni. *Opere*, 9: 421-433. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. & Abraham K. (1907-26). *Briefe 1907-1926*. Frankfurt a.M.: Fischer, 1965
- Goethe J.W. von (1810). *Goethe Farbenlehre*. A cura di Hohannes Pawlik. Köln: Verlag M. Du Mont Schauberg, 1974. II ediz. ampliata: Köln: Du Mont Buchverlag, 1978 (trad. it.: *La teoria dei colori*. Introduzione di Giulio Carlo Argan. Milano: Il Saggiatore, 1993).
- Grosskurth P. (1991). *The Secret Ring: Freuds Inner Circle and the Politics of Psychoanalysis*. London: Jonathan Cape.
- Jones E. (1957). *The Life and Work of Sigmund Freud*. Vol. 3. New York: Basic Books (trad. it. in: *Vita e opere di Freud*. Milano: Il Saggiatore, 1962; trad. tedesca: *Das Leben und Werk von Sigmund Freud. Band 3*. Bern: Huber, 1962).
- Jung C.G. (1907). Psicologia della *dementia praecox*. *Opere*, 3: 9-158. Torino: Boringhieri, 1971.
- Lacan J. (1955). Variantes de la cure-type. In: *Écrits*. Paris: Seuil, 1966, pp. 323-362 (trad. it.: Varianti della cura tipo. In: *Scritti*, vol. 1. Torino: Einaudi, 1974, pp. 317-356).
- Lacan J. (1967). Discours à l'École Freudienne de Paris (6-12-1967). *Scilicet*, 1970, 2/3 (trad. it.: Discorso pronunciato da Jacques Lacan il 6 dicembre 1967 all'École freudienne de Paris. In: *Scilicet. Rivista dell'École Freudienne de Paris. Scritti di Jacques Lacan e di altri*. Milano: Feltrinelli, 1977, pp. 135-153).
- Lacan J. (1975). Vorwort. In: *Schriften, Band 2* (a cura di Nobert Hass). Olten: Walter, 1975 pp. 231-257.
- Lieberman E.J. (1984). *Acts of Will. The Life and Work of Otto Rank*. New York: Free Press. (New edition: Amherst, MA: The University of Massachusetts Press, 1997).
- Miller J.A. (1994). "Kojève et la sagesse du siècle". Séminaire de la Bibliothèque de l'École de la Cause Freudienne (ECF), Paris, 27-6-1994 (relazione non pubblicata).
- Prinzhorn H. (1922). Autoreferat. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, VIII.
- Rank O. (1922). Perversion und Neurose. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, VIII.
- Rank O. (1924). *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. it.: *Il trauma della nascita. Sua importanza per la psicoanalisi*. Rimini: Guaraldi, 1972).
- Rank O. (1932). *Art and Artist: Creative Urge and Personality Development*. New York: Knopf; New York: Norton, 1989.
- Silberer H. (1914). *Probleme der Mystik und ihrer Symbolik*. Wien: H. Heller.
- Simmel E. (1930). Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Instituts. In: Eitingon M. et al., *10 Jahre Berliner psychoanalytisches Institut: Poliklinik und Lehranstalt*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1930, pp. 7-12.
- Turnheim M. (1993). Randbemerkungen zum Berliner Institut. In: *Freud und der Rest: Aufsätze zur Geschichte der Psychoanalyse*. Wien: Turia & Kant, 1993, pp. 125-133.