

La relazione terapeutica nella tradizione psicoanalitica



Paolo Migone*

*[Ricevuto il 7 settembre 2019
Accettato il 5 dicembre 2019]*

Riassunto

La discussione sulla teoria psicoanalitica dei fattori terapeutici viene brevemente rivista, a partire dalla posizione di Freud, attraverso i Simposi sui fattori curativi ai due Congressi dell'International Psychoanalytic Association (IPA) di Marienbad nel 1936 e di Edimburgo nel 1961 (dove vi fu un punto di svolta), fino alle posizioni all'interno della psicoanalisi contemporanea. Contrariamente a quanto in genere si creda, Freud dava molta importanza al ruolo della relazione tra paziente e terapeuta, da lui ritenuta un potente agente terapeutico. In effetti, Freud non solo oscillava costantemente tra l'idea di considerare l'interpretazione cognitiva come il principale fattore curativo e l'idea che, invece, la relazione terapeutica avesse un ruolo importante, ma in diverse occasioni ha ammesso apertamente che la relazione con il paziente ed altri fattori emotivi (come identificazione, modellizzazione, ecc.) rivestivano un'importanza molto maggiore nel determinare il cambiamento del paziente.

Parole chiave: fattori curativi, relazione terapeutica, teoria della tecnica psicoanalitica, Sigmund Freud.

* Condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it) Via Palestro 14, 43123 Parma PR. e-mail: migone@unipr.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN 2281-6046), n. 45/2019

Paolo Migone

Abstract

The therapeutic relationship within the psychoanalytic tradition

The discussion on the psychoanalytic theory of therapeutic factors is briefly reviewed, starting from Freud's position, through the Symposiums on curative factors at the two Congresses of the *International Psychoanalytic Association* (IPA) of Marienbad in 1936 and of Edinburgh in 1961 (where there was a turning point), up to the positions within contemporary psychoanalysis. Contrary to what is generally believed, Freud gave much importance to the relationship between patient and therapist, that he conceived as an important therapeutic agent in itself. In fact, Freud not only constantly oscillated between the idea of considering cognitive interpretation as the main curative factor and the idea that, instead, the therapeutic relationship played a major role, but in several occasions he openly admitted that the relationship with the patient and other emotional factors (such as identification, modeling, etc.) were of much greater importance in bringing about the patient's change.

Key words: curative factors, therapeutic relationship, theory of psychoanalytic technique, Sigmund Freud.

Il modo con cui viene concettualizzata la relazione terapeutica è un problema centrale in psicoanalisi, fin dalle origini. Cercherò di tratteggiare per sommi capi come il rapporto terapeuta-paziente sia stato visto all'interno della storia della teoria della tecnica psicoanalitica a partire da Freud, per poi fare delle considerazioni sulla psicoanalisi contemporanea, accennando anche ad altri approcci psicoterapeutici.

Inizialmente Freud non dava alla relazione terapeutica l'importanza che le verrà data in seguito, o meglio, le assegnava un ruolo diverso. La prima intuizione freudiana fu quella di aver ipotizzato – per induzione, cioè sulla base di alcuni casi clinici – che l'isteria poteva guarire se il paziente ricordava un trauma rimosso. Questa prima teoria fu chiamata “teoria del trauma”, o anche “teoria della seduzione” dato che questo trauma spesso consisteva in una seduzione sessuale infantile da parte di un adulto. Freud quindi, coerentemente con questa teoria, voleva che i suoi pazienti ricordassero il trauma rimosso, e per questo era disposto a fare qualunque cosa, anche a utilizzare a questo scopo la relazione col paziente. La relazione cioè non era al centro della sua teoria, giocava un ruolo periferico, quello che a lui interessava era che riemergesse il ricordo.

Inizialmente aveva scoperto la teoria del trauma quando era ancora un ipnotista: una paziente sotto ipnosi aveva ricordato il trauma e il sintomo era scomparso; al risveglio dalla *trance* però, purtroppo il ricordo scompariva e

il sintomo ritornava. Il cambiamento quindi era passeggero, e per questo motivo Freud abbandonò del tutto l'ipnosi e decise di tentare in stato di veglia la stessa operazione (ricordare il trauma) che prima aveva fatto sotto ipnosi, e così fondò la psicoanalisi: un lavoro in cui il paziente, fuori dalla *trance*, cioè sveglio e invitato a collaborare col terapeuta, si impegnava a ricordare il trauma rimosso. Dato che però il paziente non riusciva a ricordare il trauma (Freud inizialmente tentò con l'incitamento, poi col massaggio della fronte, poi con la suggestione ecc., ma sempre invano), pensò di utilizzare le associazioni libere, una tecnica questa che già esisteva in psicologia e che Freud introdusse nel suo metodo. Freud, che era un neurologo, pensava che se le idee correvano sui neuroni, e i neuroni erano tutti collegati l'uno all'altro con le sinapsi, se si seguivano le idee liberamente senza ostacolarle si doveva per forza arrivare al ricordo che lui cercava. Però anche con le associazioni libere il paziente aveva difficoltà a ricordare quello che Freud voleva, e allora Freud fondò il concetto di "resistenza" (un concetto clinico, che a livello teorico era spiegato dal concetto di "difesa"). Da lì, una dopo l'altra, furono presto formulate varie ipotesi (ad esempio dovevano essere ipotizzate strutture psichiche in conflitto tra loro che spiegassero il bisogno della difesa, e così via) e nel corso di pochi anni prese rapidamente avvio la psicoanalisi come la conosciamo oggi: occorre lavorare sulle difese, quindi sulla relazione, e il trattamento si allungò notevolmente.

Ma quello che è importante notare, come si è detto, è che in quella prima fase della psicoanalisi non veniva assegnata una importanza alla relazione in quanto tale, ma essa veniva "usata" per fare un determinato lavoro, e precisamente per recuperare il ricordo traumatico: era questo il rationale della terapia, proprio come un medico che crede che per guarire da una malattia occorra dare un farmaco o fare una operazione chirurgica, e fa qualunque cosa pur di raggiungere lo scopo. La relazione poteva addirittura essere di intralcio (se la paziente non collaborava, occorreva "convincerla" a collaborare) oppure facilitare il lavoro (se la paziente si innamorava del medico era disposta a fare di tutto pur di assecondarlo, e allora il medico usava volentieri questo "transfert positivo" per indurla a ricordare il trauma). Non entro qui nella questione dei falsi ricordi o della possibilità che Freud potesse suggestionare le pazienti – "isteriche" e quindi ben disposte a venire incontro al medico – a ricordare quello che voleva lui, perché su questo problema c'è una abbondante letteratura; di fatto Freud stesso a un certo punto si accorse che i traumi non erano realmente accaduti ma se li erano inventati le pazienti, per cui abbandonò la teoria del trauma per fondare la

Paolo Migone

psicoanalisi vera e propria (con la teoria delle pulsioni, il complesso di Edipo e così via: in un certo senso, il trauma rimaneva sempre, ma da esterno divenne interno, causato dalle pulsioni).

Chiudo questa parentesi per ribadire che agli inizi della psicoanalisi la relazione aveva un ruolo periferico, dato che il vero obiettivo della terapia consisteva nel far emergere alla coscienza un ricordo rimosso.

In realtà però le cose sono un po' più complesse, e la narrativa dei primi passi della psicoanalisi fin qui raccontata è riduttiva. Anche se è vero che Freud spesso "usava" la relazione per raggiungere i suoi scopi, leggendo attentamente i suoi scritti emerge che più e più volte attribuiva molta importanza anche alla relazione *in quanto tale*, attribuendole il ruolo di vero e proprio fattore terapeutico. Quello quindi che mi propongo in questo mio breve intervento è di guardare più da vicino come Freud concepiva la relazione terapeutica, e poi di seguire, per sommi capi, il dibattito avvenuto nella storia della teoria della tecnica psicoanalitica. Più precisamente, prima vorrei accennare ai tentativi fatti da Freud nel concettualizzare i fattori curativi, per mostrare – contrariamente a quanto in genere si creda – come il fondatore della psicoanalisi in realtà non trascurava l'importanza della relazione in quanto tale, anzi, vi assegnava un ruolo importante assieme all'altro grande fattore curativo che tradizionalmente caratterizza la psicoanalisi, e cioè l'interpretazione. Come vedremo, Freud non assegnava un ruolo privilegiato alla interpretazione del materiale inconscio, ma oscillava continuamente, era incerto, e a volte sembrava quasi dare più importanza alla relazione *in se stessa* come fattore terapeutico. Vorrei insomma mostrare come il pensiero freudiano fosse più complesso di quanto si creda e di come a volte viene fatto conoscere attraverso alcuni luoghi comuni che spesso sono stati trasmessi in modo distorto da una certa tradizione "classica".

In questa mia esposizione farò soprattutto riferimento alla ricostruzione del dibattito sui fattori curativi in psicoanalisi fatta da Larry Friedman (1978), che peraltro costituisce – non va dimenticato – un punto di vista tra i tanti, e mi baserò anche su miei lavori precedenti (vedi ad esempio Migone, 1995, cap. 6).

Schematicamente, possiamo dividere la storia della teoria psicoanalitica dei fattori curativi in due capitoli principali: le concezioni sviluppate da Freud stesso mentre fondava la psicoanalisi, e quelle delle successive generazioni di analisti. Questo ultimo capitolo, a sua volta, si può schematicamente dividere in tre tappe fondamentali: il dibattito allo storico congresso di Marienbad dell'*International Psychoanalytic Association*

(IPA) del 1936, intitolato “La teoria dei risultati terapeutici in psicoanalisi”; quello al congresso di Edimburgo del 1961, venticinque anni dopo, intitolato “I fattori curativi in psicoanalisi”; e i successivi sviluppi. Questi ultimi, molto variegati e difficili da analizzare per la loro vicinanza a noi, non verranno qui discussi in profondità, se non per accennare ad alcuni aspetti che fanno pensare che in buona parte – e spesso senza che vari autori ne abbiano piena consapevolezza – vengano sollevate tematiche come se fossero nuove, mentre sono state già considerate e discusse a fondo dalle generazioni precedenti.

La concezione freudiana

Rileggendo gli scritti di Freud, si possono evidenziare due fattori principali che hanno caratterizzato la teoria della cura in psicoanalisi: uno fa riferimento agli aspetti cognitivi, e può essere chiamato interpretazione, comprensione intellettuale o cognitiva, esplorazione, insight cognitivo, ecc., mentre l’altro fa riferimento agli aspetti emotivi, cioè alla relazione, al rapporto affettivo col terapeuta, ed è stato chiamato in vari modi tra cui transfert positivo, attaccamento, suggestione, ecc. La concezione di questi due fattori terapeutici, che verranno qui illustrati brevemente e che per comodità, seguendo Friedman (1978), chiamerò rispettivamente “comprensione” e “attaccamento”, ha dato una impronta decisiva al successivo dibattito (il termine “attaccamento” qui non va inteso nel senso della teoria dell’attaccamento di Bowlby, che verrà molti anni dopo). Vediamo brevemente l’importanza relativa che questi due principali fattori hanno avuto nella concezione freudiana (si può evidenziare anche un terzo fattore, chiamato “integrazione”, a cui Freud ha dato maggiore attenzione solo più tardi [per un approfondimento, vedi Friedman, 1978, pp. 527-530 ediz. orig.]; come un possibile esempio di ricerca empirica su questo fattore, si pensi alla “integrazione” – o “attività referenziale” – tra i diversi codici cognitivi negli studi di Wilma Bucci, 1997, 2019).

Per quanto riguarda la “comprensione”, Freud sottolineò più volte l’importanza dei fattori cognitivi, cioè della comprensione intellettuale, della spiegazione, dell’istruzione, dell’educazione, della argomentazione logica, ecc.: questi fattori – che ricordano molto quelli che caratterizzano la terapia cognitiva di Beck ed Ellis – faciliterebbero il superamento delle resistenze del paziente nel rendere conscio il materiale inconscio, nel comprendere e ricordare invece che essere condannati a ripetere. In effetti,

molti pensano che il fattore curativo per eccellenza della psicoanalisi sia l'interpretazione, che maggiormente caratterizza la sua identità. È interessante però ricordare che nel 1910 Freud sottolineò che informare il paziente su quello che non sa è solo uno dei «preliminari necessari alla terapia» (p. 329), cioè che esso non va visto come la totalità del trattamento. Pochi anni dopo, in uno dei sei articoli sulla tecnica, Freud (1913) ribadì che l'istruzione e la comunicazione di materiale rimosso al paziente rappresentano solo una parte delle potenzialità curative della psicoanalisi. In altre parole, Freud concepiva la psicoanalisi come un lavoro “a tutto campo”, per così dire, in cui il terapeuta interviene a più livelli, anche impliciti, emotivi e relazionali, all'interno dei quali l'interpretazione gioca un ruolo tra i tanti, a volte anche marginale (questa impostazione, tra l'altro, fa piazza pulita dell'annoso dibattito sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia, differenza che a questo punto si scioglie come neve al sole smascherando il fatto che dietro vi era sostanzialmente una questione socio-politica, di identità professionale che andava difesa; per brevità rimando a Migone, 1991, 1995 cap. 4; si veda anche lo schema “gerarchico” di Gedo [1979; cfr. Migone, 1985, 2019] che esemplifica bene questa impostazione).

La prudenza di Freud nel considerare la comprensione come il fattore curativo fondamentale della psicoanalisi emerge ancora più chiara se osserviamo l'importanza che egli attribuisce all'altro fattore, quello relazionale. Infatti, Freud non minimizzò mai l'importanza della relazione tra paziente e terapeuta, non solo, ma spesso sottolineò come la comprensione possa avvenire solo all'interno di una relazione affettiva, cioè nella misura in cui l'atmosfera transferale e la relazione col terapeuta costituiscono «le nuove fonti a cui il malato attinge forza» (Freud, 1913, p. 352). Nella *Introduzione alla psicoanalisi* Freud (1915-17) disse addirittura in modo esplicito che «la lotta [col paziente] è decisa non dalla sua perspicacia intellettuale – che non è né abbastanza forte né abbastanza libera per tale impresa – bensì unicamente dal suo rapporto con il medico» (p. 594; nella traduzione inglese della *Standard Edition* si legge che è la relazione «quella che fa pendere il piatto della bilancia» [vol. XVI, p. 445]). In altre occasioni parlò dell'importanza della relazione del paziente «per indurlo ad adottare la nostra convinzione» (Freud, 1918, p. 19) sulla inopportunità delle difese da lui adottate nell'infanzia, della figura del terapeuta per il paziente non solo «come maestro» ma anche «come modello» (Freud, 1937, p. 530), dell'utilizzo del transfert anche per «educare il paziente» (Freud, 1938, p. 602), e così via.

Si può quindi dire che sia un luogo comune non corretto sostenere che

Freud privilegiasse l'interpretazione a scapito della relazione e, come si è detto, che sia più corretto sostenere, con quello che può sembrare un gioco di parole, che questa concezione appartenga non tanto a Freud ma ai "freudiani".

Il congresso di Marienbad del 1936

I contributi al congresso di Marienbad furono di Glover (1937), Fenichel, Strachey, Bergler, Nunberg e Bibring, e furono pubblicati sull'*International Journal of Psychoanalysis* nel 1937. Allora l'influenza di Freud, che era ancora vivo, fu molto sentita: quasi prendendo spunto dal suggerimento di Freud secondo il quale il paziente viene persuaso ad adottare l'atteggiamento dell'analista, a Marienbad fu data particolare enfasi alla "introiezione" di funzioni dell'analista da parte del paziente (come in una sorta di *modeling*, o di vero e proprio apprendimento comportamentale). Già erano usciti due anni prima due importanti lavori che avevano preparato il terreno per il congresso di Marienbad: uno era l'articolo di Sterba (1934) sulla identificazione del paziente nell'"Io osservante" dell'analista, che possiede un modo disinteressato di osservare la realtà (si pensi a quanto queste idee abbiano anticipato l'importanza che tanti anni dopo il movimento sia psicoanalitico che cognitivista darà al concetto di "mentalizzazione" o di "metacognizione" – infatti nel concetto di mentalizzazione non vi è niente di nuovo, si tratta di "vino vecchio in botti nuove", come a volte dice lo stesso Fonagy); l'altro lavoro era il famoso articolo di Strachey (1934) sulla "Natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi" (tanto importante da essere ristampato 35 anni dopo, nel 1969, sempre sull'*International Journal of Psychoanalysis*). In questo lavoro Strachey, influenzato dal pensiero kleiniano, sottolinea l'importanza dell'identificazione nelle qualità *affettive* dell'analista e nella sua maggiore tolleranza al conflitto, parlando quindi di introiezione non dell'Io dell'analista (come aveva fatto Sterba), ma del suo Super-Io (che può essere "meno rigido" di quello del paziente). Al congresso di Marienbad, Strachey – che era una figura molto autorevole, tra le altre cose fu il responsabile della traduzione delle opere di Freud in inglese – riprende questi temi, e sottolinea l'importanza della identificazione nella figura superegoica benevola dell'analista, che nel paziente viene differenziato dalle figure superegoiche arcaiche e poi introiettato; questo lavoro verrebbe facilitato con ripetute interpretazioni di transfert.

In misura maggiore o minore, tutti gli altri analisti furono d'accordo con

Paolo Migone

Strachey. Egli aveva suggerito l'importanza delle qualità affettive dell'introiezione del Super-Io dell'analista (diversamente dal concetto di Sterba di identificazione nell'Io, più intellettualizzato e libero da emotività) e in un certo qual modo era andato nella direzione di collegare la comprensione all'attaccamento, cioè i fattori cognitivi e quelli emotivi che altrimenti rimanevano in campi separati. In altre parole, sembrava che il movimento psicoanalitico avesse compreso l'enorme importanza della relazione, e non solo della interpretazione cognitiva, come fattore terapeutico.

Il congresso di Edimburgo del 1961

Al congresso di Edimburgo, venticinque anni dopo, curiosamente ci troviamo di fronte a un quadro completamente diverso, anzi ad una inversione di tendenza. La grande importanza data nel congresso di Marienbad all'introiezione e all'identificazione con l'analista potrebbe indurci a pensare che la psicoanalisi finalmente aveva iniziato a comprendere come la relazione permettesse la comprensione e come entrambe costituissero fattori curativi fondamentali per la terapia, ma non fu così. Nonostante il coraggioso invito di Gitelson (1962) a continuare nella direzione indicata da Strachey (1934, 1937) e a considerare la relazione come un'esperienza ristrutturante e integrante in se stessa, quasi tutti gli altri oratori reagirono con freddezza. A parte Nacht (1962, 1963), che sottolineò l'importanza della "presenza" e della "umanità" dell'analista come fonte di identificazioni, tutti gli altri (Segal, Kuiper, Garma e Heimann, in prevalenza kleiniani), fecero riferimento all'interpretazione cognitiva, e in modo specifico alla sua *correttezza*, cioè al suo carattere di verità, come principale fattore curativo della psicoanalisi. Per la verità Gitelson aveva coraggiosamente introdotto il concetto di funzione "diatropica" (un termine medico che significa "di nutrimento", "di sostegno") dell'analista per il paziente, ma aveva cercato di rassicurare l'uditorio affermando che essa era utile solo nella fase preliminare della terapia, prima di entrare nella psicoanalisi "vera e propria", dove la tecnica doveva rimanere solo interpretativa; inoltre, si era premurato di dire che lui non gratificava i pazienti più di quanto non facessero gli altri colleghi (questo atteggiamento apologetico di Gitelson rende bene l'idea del clima che si respirava, per il quale Gitelson fu costretto a difendersi da un fuoco di sbarramento di interventi critici). Gli altri analisti presenti, con una curiosa marcia indietro rispetto al congresso di Marienbad di venticinque anni prima, mostrarono non gradire di sentir parlare di fattori curativi che non

fossero la comprensione trasmessa tramite l'interpretazione "vera". Kuiper ad esempio sminuì ulteriormente la portata delle affermazioni di Gitelson sulla funzione diatropica dell'analista dicendo, come in una sorta di concessione nei suoi confronti, che essa può essere utile eventualmente solo nei pazienti borderline; l'argentino Garma si fece strenuo difensore della "verità" dell'interpretazione come fondamentale fattore curativo; anche la kleiniana Hanna Segal reiterò l'importanza dell'insight e della "ricerca della verità" come fattori curativi; persino Paula Heimann (che nel 1950 aveva riformulato il concetto freudiano di controtransfert, vedendolo non in termini negativi ma come utile per il trattamento e la conoscenza del paziente) espresse il suo fermo disaccordo sulla opportunità di mantenere atteggiamenti diversi in una prima e in una seconda fase della terapia, opponendosi a Gitelson; e così via.

Alcune riflessioni

Cosa successe al congresso di Edimburgo che fece dimenticare le intuizioni sull'importanza della relazione raggiunte venticinque anni prima, non solo da Freud, ma anche da Strachey e altri? La cosa appare ancor più sorprendente se si pensa che solo pochi mesi prima erano stati pubblicati due autorevoli lavori, l'articolo di Hans Loewald del 1960 sulla "azione terapeutica della psicoanalisi" e il libro di Leo Stone del 1961 sulla "situazione psicoanalitica", in cui vennero espresse posizioni per niente lontane da quelle di Gitelson, anzi per certi aspetti ancor più avanzate (questi contributi di Loewald e Stone sono ritenuti così importanti che per esempio furono tradotti in italiano rispettivamente trentatré e venticinque anni dopo; per una valutazione del contributo di Loewald, vedi Friedman, 2008).

Come osserva Friedman (1978, pp. 536-537, ediz. orig.), una possibile spiegazione di questo fatto è di ordine sociologico. Nel 1961 il panorama dello sviluppo delle psicoterapie era ben diverso da quello di venti-trenta anni prima: la psicoanalisi non dominava più incontrastata il mercato della psicoterapia, e il suo monopolio era stato rotto dall'assedio di un vasto movimento di psicoterapie diverse, molte delle quali non solo efficaci, ma anche più economiche, più brevi, e quindi più appetibili (un pericolo era visto soprattutto nella diffusione della cosiddetta "psicoterapia psicoanalitica" o "terapia psicodinamica", che era a minore frequenza settimanale e imparentata con la psicoanalisi [cfr. Migone, 1991, 1995, cap. 4], ma poi vi era la terapia cognitiva, che diventava sempre più importante, e tanti altri

approcci come l'analisi transazionale di Berne, l'approccio rogersiano e la terapia della Gestalt che andranno a confluire nella cosiddetta "terza forza", e così via [Migone, 2004b]). Si erano diffuse inoltre varie altre professioni di aiuto, si pensi solo agli assistenti sociali che negli Stati Uniti rappresentano una corporazione piuttosto importante e molti dei quali sono noti psicoanalisti. Probabilmente vari esponenti della istituzione psicoanalitica si sentivano minacciati e avevano il bisogno di differenziare al massimo la specificità del metodo psicoanalitico, e naturalmente solo l'interpretazione si prestava a servire come "concetto forte" atto a questo scopo. Le componenti identificatorie e affettive, legate alla relazione col terapeuta, rischiavano di rientrare nei cosiddetti fattori "aspecifici" o "comuni" presenti in tutte le professioni di aiuto (Frank, 1961), sminuendo l'originalità della psicoanalisi e minacciandone l'identità a livello di mercato.

Inoltre, altri importanti sviluppi erano intervenuti a modificare profondamente la psicoanalisi: nel corso di pochi anni, a causa delle persecuzioni razziali in Europa e più in generale della maggiore ricettività dell'America per il messaggio freudiano (Migone, 1981), la componente più influente della psicoanalisi si era trasferita dall'Europa agli Stati Uniti divenendo qui, come lo stesso Freud aveva previsto, qualcosa di diverso, e questa sua nuova immagine era stata poi a sua volta esportata nel resto del mondo («Non sanno che portiamo loro la peste», avrebbe detto Freud a Jung quando nel 1909, assieme a Ferenczi, sbarcarono in America dove Freud era stato invitato; secondo Élisabeth Roudinesco [2014] però questa profetica e ironica frase sarebbe apocrifa). Questa nuova psicoanalisi aveva un'impronta molto più medica, essendo entrata a pieno titolo nel mondo accademico come una delle scienze naturali (come è noto, negli Stati Uniti fino al 1989 solo i medici potevano praticare la psicoanalisi, avendo accesso esclusivo al training dell'*American Psychoanalytic Association* la quale manteneva il monopolio della formazione; per i dettagli sull'azione legale intentata dagli psicologi, che pose fine a questo monopolio, vedi Migone, 1987, 1995, cap. 15). Forse è stata anche la ricerca di questa psicoanalisi americana per il fattore terapeutico *par excellence*, individuato nell'interpretazione, quella che ha portato a una tendenziale abolizione di tutti gli altri fattori terapeutici, già valorizzati da Freud, quali appunto la relazione emotiva con l'analista. L'interpretazione infatti, come "concetto forte", non solo serviva per differenziarsi dalle altre terapie, ma era anche più consona al modello medico: essa, in quanto fattore specifico, evocava l'immagine di un intervento concreto, "visibile", che eliminasse la malattia (come si è detto, come una terapia antibiotica o qualcosa del genere). Non che la relazione

avesse meno dignità da un punto di vista scientifico (anzi, ironicamente è proprio la psicoanalisi che si propone di sondare le profondità dei rapporti emotivi tra le persone), ma forse non era così facilmente scomponibile, o comunque il concetto di interpretazione sembrava una chiave che potesse aprire, in modo anche più facile, molte più porte.

Viene in mente la polemica sulla traduzione inglese fatta da Strachey dell'opera di Freud sollevata da Bettelheim (1982), che conobbe Freud personalmente e che poi, emigrato negli Stati Uniti dopo essere sopravvissuto al campo di concentramento, denunciò quella che a suo parere era una deviazione in senso eccessivamente medicalizzante dello spirito originario della disciplina fondata da Sigmund Freud, il quale voleva darle una impronta invece più umanistica (per fare solo un esempio, il termine tedesco *Ich* venne tradotto in inglese con *ego*, che è una parola latina e quindi astratta e lontana dall'esperienza, priva dell'impatto immediato del significato che aveva voluto dargli Freud). Nell'attraversare l'oceano, insomma, la psicoanalisi secondo Bettelheim avrebbe "perso l'anima". Bettelheim, che non aveva un *background* di medicina ma di storia dell'arte, filosofia ed estetica, dopo che fu esaminato da Anna Freud per intraprendere il training psicoanalitico ricevette personalmente le congratulazioni di Sigmund Freud che gli disse che la psicoanalisi aveva bisogno proprio di persone come lui, dotate di una cultura non medica ma umanistica, in quanto più capaci di comprendere l'"anima dell'uomo". Bettelheim fece anche spesso notare come molte analisi praticate negli Stati Uniti erano cosa ben diversa da quelle praticate ai tempi di Freud, che non era affatto rigido coi suoi pazienti, ma mostrava la massima attenzione alla relazione.

A questo proposito, può non essere casuale che solo a partire dagli anni '80 sono incominciate a essere pubblicate varie testimonianze di ex-pazienti di Freud (tra le tante, vedi Albano, 1987), dove si raccontano i dettagli della sua tecnica, e improvvisamente si scopre che era molto umano e rilassato coi propri pazienti e, se così si può dire, per niente "freudiano". Inoltre, solo recentemente è stata allentata la censura su alcuni documenti freudiani prima tenuti segreti (cfr. Migone, 1984), i quali mostrano da vicino gli aspetti più autentici e umani di Freud, al di là dell'immagine ufficiale che si voleva mantenere.

La tradizione ortodossa della psicoanalisi nordamericana invece, alla ricerca della specificità del metodo psicoanalitico, ha cercato di eliminare le variabili dell'"impurità" del rapporto emotivo per vedere se l'esperimento funzionava ugualmente, operando quella che altrove ho chiamato una sorta di «personectomia» del terapeuta (Migone, 1994, p. 130, 2004a, p. 151). Le

componenti affettive della relazione sono sempre state guardate con diffidenza: si pensi alla critica di Eissler (1950) al concetto di «esperienza emozionale correttiva» di Alexander (1946), esponente di punta della scuola di Chicago (la quale peraltro era la continuazione ideale, come legata a filo rosso, della scuola di Budapest rappresentata da Ferenczi, che per gli stessi motivi, cioè per la importanza da assegnare alla relazione, si era scontrato con Freud – anche Alexander, come Gedo e ancor prima Balint e altri che avevano sottolineato l'importanza della relazione, erano ungheresi, e di origini ungheresi è anche Fonagy). E si pensi alle vicissitudini del movimento della “psicologia del Sé” di Kohut (che tra l'altro ebbe tra i suoi maestri Gitelson, prima menzionato a proposito della funzione “diatropica” dell'analista), non a caso sorto anch'esso, una ventina di anni dopo, all'interno della scuola di Chicago (per la psicologia del Sé di Kohut, rimando a Migone, 1995, cap. 10, 2007). Secondo una interpretazione in chiave sociologica, si può ritenere che il successo della Psicologia del Sé, nata e diffusasi a macchia d'olio non a caso negli Stati Uniti e solo in seguito in Europa, sia dovuto al fatto che era una reazione ai danni iatrogeni della psicoanalisi classica di stampo nordamericano, dove per molti pazienti la psicoanalisi “freudiana”, che privilegia l'interpretazione verbale a scapito dell'attenzione per la relazione, ha rappresentato una ferita narcisistica cronica. È noto ad esempio che molte analisi di Kohut erano seconde analisi dopo fallimenti terapeutici di analisi “classiche” (cfr. Migone, 1995, p. 15, ediz. del 2010).

Questa problematica, se vogliamo, è stata ripresa a cavallo degli anni '80 nel dibattito tra Kohut e Kernberg riguardo alla terapia dei disturbi gravi di personalità (Kohut, 1982, p. 397, 1984, p. 66; Kernberg, 1984, pp. 182-189; Migone, 1995, cap. 8) e al ruolo dell'empatia come fattore curativo *tout court* (Migone, 1995, cap. 10). Kernberg (comunicazione personale, 1982), che sottolineava l'importanza dell'interpretazione cognitiva di determinati conflitti intrapsichici del paziente, muoveva alla psicologia del Sé di Kohut la pesante accusa di essere meramente una psicoterapia “di supporto”, quindi non psicoanalitica, per il fatto di limitarsi a fornire al paziente un'esperienza correttiva. Il dibattito tra Kohut e Kernberg pare proprio che abbia rimesso in atto il dibattito di Edimburgo, nel senso che il timore che Gitelson provocò nei partecipanti del congresso di Edimburgo sembra quello evocato in Kernberg da Kohut (vedi Friedman, 1978, pp. 545-548, ediz. orig.). Questo timore è che, una volta che il concetto di interpretazione (e soprattutto di interpretazione “vera”) viene relativizzato e abbassato al rango di concetto debole – ciò avvenne in particolar modo a seguito della critica

ermeneutica di Ricoeur (1965) e altri autori, ad esempio Schafer (1976, 1992) e Spence (1982) in Nord America – non rimangono altri pilastri fondanti del metodo psicoanalitico. Non a caso da più parti si è assistito al tentativo di utilizzare il “setting” o il “contenitore” come nuovi concetti forti del metodo (Galli, 1985, 1992), dimenticando che essi rivestivano un ruolo periferico nel pensiero freudiano. Il setting, come metafora del contenitore e della relazione con l’analista, ha dirette implicazioni con i concetti di attaccamento e di identificazione nelle funzioni sane del terapeuta (vedi anche l’importanza sempre data da Langs [1985] al “setting sicuro” come fattore terapeutico).

E che dire, riguardo alla riscoperta dell’importanza della relazione come fattore curativo, delle ricerche di Fonagy *et al.* (2002) – prima menzionato – sul rispecchiamento empatico e la terapia dei disturbi di personalità? Gli studi di Fonagy sulla “funzione riflessiva” hanno dimostrato che il fattore che veramente fa la differenza è la capacità della madre (o del terapeuta, se si tratta di una terapia) di saper riconoscere, rispecchiare, gli stati mentali della persona con cui interagisce. Solo in questo modo il paziente può a sua volta imparare a riconoscere i propri stati mentali, a “costruire la propria mente”, in un processo detto appunto di “mentalizzazione” (Bateman e Fonagy, 2004). Colpisce qui la somiglianza con le posizioni di Rogers, che aveva sottolineato il ruolo non solo dell’empatia, ma anche della congruenza, cioè della capacità del terapeuta di essere in contatto coi propri stati mentali (Migone, 1995, cap. 8, pp. 159-161, ediz. del 2010, 2006). Il fatto che decenni fa Rogers avesse già capito che questo tipo di relazione è di vitale importanza non andrebbe sottovalutato, ed è ironico che i fattori che lui individuò furono chiamati “aspecifici” quando oggi molte ricerche dimostrano che invece sono estremamente importanti, tanto da sembrare, per così dire, “specifici”. Il fatto è che la componente umana e affettiva è difficilmente eliminabile da qualunque relazione psicoterapeutica, a meno che essa non venga snaturata. L’errore dunque potrebbe essere quello di concettualizzare (e anche mettere in pratica) una separazione netta tra attaccamento e comprensione. Si pensi anche all’annoso dibattito sulla dicotomia conflitto/deficit, sulla cui logica si radicano molte divisioni tra scuole psicoanalitiche: ad esempio la psicoanalisi classica, come è noto, si fonderebbe su una “psicologia del conflitto”, mentre altre scuole, come la psicologia del Sé, la psicoanalisi interpersonale e relazionale, la psicoterapia umanistica ecc., si baserebbero su una “psicologia del deficit”, cioè non sull’idea freudiana che all’origine della psicopatologia vi sia un conflitto “interno”, tra diverse istanze psichiche, ma un conflitto “esterno”, tra un Sé

Paolo Migone

capace di autorealizzarsi e un ambiente traumatico che interferisce nel suo sviluppo (a un più attento esame, però, la dicotomia conflitto/deficit – come dimostra bene Eagle [1984, cap. 11, trad. it. 1991] – è insostenibile sul piano clinico).

A questo punto potremmo allora chiederci: cosa è dunque la psicoanalisi? Solamente interpretare i contenuti latenti, senza riguardo per la struttura psichica nella sua globalità e per la relazione emotiva che il paziente in quel momento è in grado di avere col terapeuta? Vorrei terminare citando a questo proposito un passaggio di Freud, molto esplicito al riguardo:

«È un concetto da lungo tempo superato (...) quello secondo il quale l'ammalato soffrirebbe per una specie d'insipienza, per cui, se si elimina questa insipienza fornendogli informazioni (...) egli dovrebbe guarire. Non è un tale "non sapere" per se stesso il fattore patogeno, ma la radice di questo "non sapere" nelle resistenze interne del malato, le quali in un primo tempo hanno provocato il "non sapere" e ora fanno in modo che esso permanga. Il compito della terapia sta nel combattere queste resistenze. La comunicazione di quanto l'ammalato non sa perché lo ha rimosso, è soltanto uno dei preliminari necessari alla terapia. Se la conoscenza dell'inconscio fosse tanto importante per il paziente quanto ritiene chi è inesperto di psicoanalisi, basterebbe per la guarigione che l'ammalato ascoltasse delle lezioni o leggesse dei libri. Ma tali misure hanno sui sintomi della malattia nervosa la stessa influenza che la distribuzione di liste di vivande in tempo di carestia può avere sulla fame» (p. 329).

BIBLIOGRAFIA

- Albano L. (a cura di) (1987). *Il divano di Freud. Memorie e ricordi dei pazienti di Sigmund Freud*. Parma: Pratiche.
- Alexander F., French T.M. et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press (trad. it. dei capitoli 2, 4 e 17: Alexander F., La esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2: 85-101 [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/alexan-1.htm]).
- Bateman A., Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. New York: Oxford University Press (trad. it.: *Trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Prefazione di John Gunderson. Milano: Raffaello Cortina, 2006).
- Bettelheim B. (1982). *Freud and Man's Soul*. New York: Knopf (original edition: Reflections: Freud and the soul. *The New Yorker*, March 1, 1982, pp. 52-93) (trad. it.: *Freud e l'anima dell'uomo*. Milano: Feltrinelli, 1983).
- Bucci W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science*. New York: Guilford (trad.

- it.: *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Roma: Giovanni Fioriti, 1999).
- Bucci W. (2019). Il ruolo del linguaggio nella vita emotiva. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 53, 3: 379-404.
- Eagle M.N. (1984). *Recent Developments in Psychoanalysis. A Critical Evaluation*. New York: McGraw-Hill (ristampa: Cambridge, MA: Harvard University Press, 1987) (trad. it.: *La psicoanalisi contemporanea*. Roma-Bari: Laterza, 1988). Edizione su Internet del cap. 11 (ediz. originale: cap. 12): "Carenze di sviluppo e conflitto dinamico" (www.priory.com/ital/documig8.htm).
- Eagle M.N. (1991). Cambiamenti clinici e teorici in psicoanalisi: dai conflitti ai deficit e dai desideri ai bisogni. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXV, 1: 33-46.
- Eissler K.R. (1950). The "Chicago Institute of Psychoanalysis" and the sixth period of the development of psychoanalytic technique. *Journal of General Psychology*, 42: 103-157 (trad. it.: Il Chicago Institute of Psychoanalysis e il sesto periodo dello sviluppo della tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1984, XVIII, 3: 5-33 [I parte], e 4: 5-35 [II parte] [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss50-1.htm]).
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press (trad. it.: *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina, 2004).
- Frank J.D. (1961). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. New York: Schocken Books (revised edition: Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press, 1973).
- Freud S. (1910). Psicoanalisi "selvaggia". *Opere*, 6: 325-331. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1913). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 1. Inizio del trattamento. *Opere*, 7: 333-352. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1915-17 [1916-17]). Introduzione alla psicoanalisi. *Opere*, 8: 191-611. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Freud S. (1918 [1919]). Vie della terapia psicoanalitica. *Opere*, 9: 19-28. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1937). Analisi terminabile e interminabile. *Opere*, 11: 497-535. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- Freud S. (1938 [1940]). Compendio di psicoanalisi. *Opere*, 11: 569-634. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- Friedman L. (1978). Trends in psychoanalytic theory of treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 47, 4: 524-567. Anche in: *The Anatomy of Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1988, ch. 4, pp. 44-73 (trad. it.: Aspetti descrittivi della teoria: le tendenze presenti nella teoria psicoanalitica della cura. In: *Anatomia della psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993, cap. 4, pp. 55-91).
- Friedman L. (2008). Loewald. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56, 4: 1105-1115 (trad. it.: Loewald. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 3: 301-312).

Paolo Migone

- Galli P.F. (1985). Le ragioni della clinica. In: Trentini G.C., Vigna C. (a cura di) (con la collaborazione di M. Bellotto e L. Cortella), *La qualità dell'uomo. Psicologi e filosofi a confronto* (Atti del Convegno tenuto a Venezia il 24-26 maggio 1985). Milano: FrancoAngeli, 1988. Una versione modificata è apparsa in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1988, XXII, 3: 3-8 (trad. inglese: The rationale of the clinical process. *Trauma and Memory*, 2017, 5, 2: 55-59).
- Galli P.F. (1992). *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica*. Milano: Il Ruolo Terapeutico, 1996 (nuova edizione: Milano: FrancoAngeli, 2002).
- Gedo J.E. (1979). *Beyond Interpretation: Towards a Revised Theory for Psychoanalysis*. New York: International Universities Press (trad. it.: *Al di là dell'interpretazione*. Roma: Astrolabio, 1986); revised edition: Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1993.
- Gitelson M. (1962). Symposium. The curative factors in psychoanalysis, I: The first phase in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 43: 194-206.
- Glover E. (1937). Contributions to the symposium on the theory of therapeutic results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18: 125-189.
- Heimann P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 81-84. Anche in Langs R. (ed.), *Classics in Psychoanalytic Technique*. New York: Aronson, 1981, pp. 139-142 (trad. it.: Sul controtransfert. In: Albarella C., Donadio M. (a cura di), *Il controtransfert*. Napoli: Liguori, 1986, pp. 81-86).
- Kernberg O.F. (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven, CT: Yale University Press (trad. it.: *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
- Kohut H. (1982). Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health. *International Journal of Psychoanalysis*, 63: 395-407 (trad. it. in: *Le due analisi del Sig. Z*. Roma: Astrolabio, 1989).
- Kohut H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University of Chicago Press (trad. it.: *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1986).
- Langs R. (1985). *Madness and Cure*. Emerson, NJ: Newconcept Press (trad. it.: *Follia e cura*. Presentazione di Paolo Migone. Torino: Bollati Boringhieri, 1988).
- Loewald H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 41: 16-33. Anche in: *Papers on Psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press, 1980, cap. 14, pp. 221-256 (trad. it.: L'azione terapeutica della psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 4: 99-116 [I parte], e 1994, XXVIII, 1: 95-115 [II parte]).
- Migone P. (1981). Considerazioni sugli sviluppi della psicoanalisi negli Stati Uniti. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XV, 2: 45-49.
- Migone P. (1984). Cronache psicoanalitiche: il caso Masson. Con una nota di Jeffrey M. Masson. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVIII, 4: 32-62 (una versione ampliata in: Migone, 1995, cap. 14).
- Migone P. (1985). Monografia: John E. Gedo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XIX, 4: 89-102.

- Migone P. (1987). Cronache psicoanalitiche: l'azione legale degli psicologi americani contro l'istituzione psicoanalitica per il diritto alla formazione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXI, 4: 83-89. Vedi anche: Migone, 1995, cap. 15 (www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt53-54.htm).
- Migone P. (1991). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton Gill. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXV, 4: 35-65. Vedi anche: Migone, 1995, cap. 4 (una versione del 1192: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt59pip.htm).
- Migone P. (1994). Intervento sul caso di disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 3: 129-131.
- Migone P. (1995). *Terapia psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli (nuova edizione: 2010).
- Migone P. (2004a). Editoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVIII, 2: 149-152 (www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt97-04.htm).
- Migone P. (2004b). Una breve storia della psicoterapia. *Il Ruolo Terapeutico*, 96: 69-76 (www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt96-04.htm).
- Migone P. (2006). Rogers e la psicoanalisi. *Il Ruolo Terapeutico*, 101: 72-81 (www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt101-06.htm).
- Migone P. (2007). La Psicologia del Sé di Heinz Kohut. In: Barale F., Bertani M., Gallese V., Mistura S., Zamperini A. (a cura di), *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze* (due volumi). Torino: Einaudi, 2007, vol. 2 (L-Z), pp. 874-878 (una versione del 2015: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt129-15.htm).
- Migone P. (2019). Percorsi nella psicoanalisi: John E. Gedo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 53, 3: 405-416.
- Nacht S. (1962). Symposium. The curative factors in psychoanalysis, II. *International Journal of Psychoanalysis*, 43: 206-211.
- Nacht S. (1963). *La présence du psychanalyste*. Paris: PUF (trad. it.: *La presenza dello psicoanalista*. Roma: Astrolabio, 1973).
- Ricoeur P. (1965). *De l'interprétation. Essai sur Freud*. Paris: Seuil (trad. it.: *Della interpretazione. Saggio su Freud*. Milano: Il Saggiatore, 1967).
- Roudinesco E. (2014). *Sigmund Freud en son temps et dans le nôtre*. Paris: Seuil (trad. it.: *Sigmund Freud nel suo tempo e nel nostro*. Torino: Einaudi, 2015).
- Schafer R. (1976). *A New Language for Psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Schafer R. (1992). *Retelling a Life*. New York: Basic Books (trad. it.: *Rinarrare una vita. Narrazione e dialogo in psicoanalisi*. Roma: Fioriti, 1999).
- Spence D.P. (1982). *Narrative Truth and Historical Truth*. New York: Norton (trad. it.: *Verità narrativa e verità storica*. Firenze: Martinelli, 1987).
- Sterba R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15: 117-126 (trad. it.: Il destino dell'Io nella terapia analitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1994, XXVIII, 2: 109-118). doi: 10.1177/000306519404200310

Paolo Migone

- Stone L. (1961). *The Psychoanalytic Situation: An Examination of Its Development and Essential Nature*. New York: International University Press (trad. it.: *La situazione psicoanalitica. Uno studio del suo sviluppo e della sua caratteristica essenziale*. Padova: Piccin, 1986).
- Strachey J. (1934). The nature of the therapeutic action in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 15: 127-159 (ristampa: *International Journal of Psychoanalysis*, 1969, 50: 275-292) (trad. it.: La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 1974, 20: 92-126).
- Strachey J. (1937). Contribution to the symposium on the theory of therapeutic results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18: 125-189.