

Joseph Weiss<sup>1</sup>

Ricerca Psicoanalitica, 2004, Anno XV, n. 1, pp. 57-74.

## Lo sviluppo di un programma di ricerca: ipotesi e risultati<sup>2</sup>

Traduzione dall'americano di D. De Robertis e D. Milonia.

### SOMMARIO

Partendo da una prima intuizione della spiegazione del pianto a lieto fine e dei fenomeni ad esso correlati negli anni 50, l'A. iniziò una duratura collaborazione con Hal Sampson e colleghi, sviluppatasi attraverso una serie di ricerche i cui risultati hanno condotto alla formulazione di una teoria della terapia.

Nel presente contributo l'A. descrive il modo in cui si sono originate e sviluppate nel tempo le ipotesi sulla psicoterapia che il San Francisco Psychotherapy Research Group ha verificato attraverso i metodi della ricerca quantitativa. Le ipotesi nacquero dall'osservazione di fenomeni della vita quotidiana e dal comportamento dei pazienti in terapia così come emergeva dallo studio delle trascrizioni delle sedute.

Queste ipotesi sostengono che i pazienti sono motivati a risolvere i loro problemi, che hanno una notevole capacità cognitiva inconscia che permette loro di lavorare alla soluzione dei problemi e che sono inconsapevolmente capaci di controllare quei contenuti mentali, ritenuti pericolosi, che potrebbero essere consapevolmente percepiti. Tuttavia tali contenuti mentali rimossi possono emergere quando i pazienti decidono inconsciamente che l'operazione possa essere effettuata senza correre rischi.

### SUMMARY

#### Development of research program

The Author began his theorizing by attempting to explain the phenomenon of crying at the happy ending. The hypotheses that he developed to explain this, and related phenomena, guided him and later Hal Sampson and their colleagues in the development of their theories and their research.

In this issue the A. describes a series of steps in the evolution of the hypotheses about therapy that his research group tested and supported by formal quantitative research methods. Each step depended on the careful analysis of observation, first of certain every day phenomena and eventually of the behaviour of the patient in therapy as revealed by the sequential study of transcripts of psychotherapies.

According to these hypotheses patients are highly motivated to solve their problems. They have powerful unconscious cognitive capacities that enable them to work at solving them, and they are able unconsciously to control what mental content they may experience consciously. They bring forth repressed mental contents when they unconsciously decide they can safely do so.

-----

Spesso è difficile cogliere la validità di un concetto se viene presentato all'interno di una teoria già formalizzata, invece è più facile se il concetto è visto come risposta a quelle domande che osservazioni,

---

<sup>1</sup> Analista Didatta del *San Francisco Psychotherapy Institute* e Presidente del Comitato del *San Francisco Psychotherapy Research Group*. Email: [sfprg@sfprg.org](mailto:sfprg@sfprg.org)

<sup>2</sup> Il presente contributo dal titolo "*Development of a research program*" è stato pubblicato in *Psychoanalytic Inquiry*, 2003, 2: 350-366. Si ringraziano l'autore e l'editore per la gentile concessione.

anche incongruenti e persino paradossali, possono aver suscitato. In questo lavoro descriverò le circostanze e i passi successivi che hanno portato allo sviluppo di una specifica teoria della psicoterapia e alla conseguente ricerca condotta dal San Francisco Psychotherapy Research Group. Spero che questo resoconto possa chiarire la nostra ricerca e i risultati che hanno condotto alla nostra teoria della terapia.

La prima mossa che ha dato l'avvio allo sviluppo della ricerca è partito dal tentativo di spiegare il paradossale fenomeno delle persone che piangono nel momento del lieto fine (Weiss, 1952, 1971). Questa si è mostrata una scelta di campo fortunata. Il mio sforzo di spiegare questo fenomeno ha stimolato parecchie ipotesi importanti riguardanti la natura della vita mentale inconscia. Penso che le persone siano inconsciamente molto motivate a risolvere i loro problemi, che hanno potenti capacità cognitive inconscie che permettono loro di lavorare alla soluzione e che sono inconsapevolmente capaci di controllare l'accesso alla coscienza dei contenuti mentali rimossi e di portarli alla luce quando inconsciamente decidono che ciò possa essere più sicuro per loro.

Riguardo alla manifestazione del pianto di gioia, mi aveva incuriosito il caso dello spettatore che, al cinema guardando una storia d'amore, non piange quando gli amanti litigano, ma piange quando, alla fine della storia, essi finiscono per risolvere la loro incomprensione e si riappacificano. Avevo ipotizzato che lo spettatore, identificandosi con gli amanti, si senta minacciato, anche se in modo contenuto, dalla tristezza provocata dalla storia della coppia e sia portato a reprimerla, poi, in un secondo momento, quando gli amanti si riappacificano, la tristezza è superata. Ora lo spettatore non ha più bisogno di soffocare la propria tristezza e così si permette di esprimerla. Benché la mia spiegazione fosse persuasiva, in quanto realizzava teoricamente una connessione tra il pianto dovuto alla gioia e quello dovuto alla tristezza, non risultava del tutto convincente, perché la tristezza dello spettatore non era né profondamente né completamente rimossa: infatti in molti casi lo spettatore che piange non avverte alcuna tristezza per il lieto fine del film, ma si sente semplicemente felice. Perciò avrei precocemente abbandonato questa spiegazione se non mi avesse allertato l'osservazione che le persone possono diventare consapevoli della loro tristezza rimossa (persino in riferimento alle esperienze traumatiche prodotte dalla tristezza), qualora un cambiamento di situazione provochi una grande felicità.

Un caso del genere mi fu riferito da Louise, una psicologa che, dopo essersi interessata alla mia spiegazione del pianto a lieto fine, descrisse dettagliatamente la propria esperienza. Louise, tempo addietro, aveva perso un figlio di due anni e, oppressa dalla tristezza, aveva rimosso questo evento a tal punto da non riconoscere più il bambino nelle foto dell'album di famiglia. Anni dopo, le nacque un altro figlio e, quando le fu portato nella sua stanza d'ospedale, ne fu felicissima e immediatamente iniziò a piangere e a ricordare il suo primo figlio. Ricordò quanto lo avesse amato e quanta tristezza avesse sentito per la sua morte. Benché sentisse predominante un sentimento di profonda felicità, non di meno sperimentò quello della tristezza. Proposi la seguente spiegazione dell'esperienza di Louise dopo quella del pianto dello spettatore: infatti ritenni che Louise avesse vissuto la nascita del suo secondogenito come un atto di riparazione della perdita del primo figlio; in altri termini, non sentendo più l'oppressione del dolore per questa perdita, poté tranquillamente riportare alla luce il ricordo triste di suo figlio.

### **Ulteriori considerazioni sul pianto a lieto fine**

La mia spiegazione del pianto a lieto fine sollevava però alcuni interrogativi. Perché Louise aveva portato alla luce i suoi ricordi tristi non appena le era stato possibile farlo? La sola considerazione di sentirsi al sicuro non era sufficiente a spiegare le ragioni per le quali si compie un certo atto. Dal momento che Louise ha riportato a coscienza i ricordi tristi non appena le è stato possibile farlo, doveva essere molto motivata a farli emergere.

Secondo me, la spiegazione sta nel fatto che Louise era alla ricerca di un senso di padronanza. Per

padroneggiare pienamente un'esperienza traumatica è necessario renderla conscia e Louise era molto motivata a voler padroneggiare i ricordi traumatici della morte del figlio, perché non le piaceva sentirsi esposta al pericolo di venire sopraffatta dalla tristezza. Tuttavia, solo quando poté sentirsi al sicuro da questi ricordi traumatici, li portò a coscienza per fronteggiarli e dissolvere la tristezza. Louise ha confermato la mia idea di aver riportato alla luce i ricordi per accrescere il proprio senso di padronanza, testimoniando a se stessa di essere diventata capace di pensare liberamente ad un importante periodo della sua vita cui prima evitava di pensare per il timore di sentirsi terribilmente triste. La conseguenza di ciò è stata una maggiore capacità di sentire la continuità della propria vita. Louise ha conseguito un senso di libertà paragonabile a chi ha superato la paura di entrare in alcune stanze della propria casa, divenendo così capace di andare in giro per la sua casa a suo piacere.

Un'altra domanda che l'esperienza di Louise mi aveva stimolato è la seguente: quale processo si è verificato nella mente di Louise nel breve intervallo intercorso tra la vista del neonato e il piangere il figlio morto? Qualsiasi cosa accadde durante questo intervallo, Louise non ne fu cosciente, tant'è che fu realmente sorpresa dal suo pianto improvviso e dal divenire cosciente del ricordo della morte del figlio: infatti aveva vissuto questo pianto come un'emozione improvvisa che aveva interrotto la sua conversazione con l'infermiera del reparto maternità.

Tanto meno il processo che ha portato al pianto e al ricordo avrebbe potuto essere automatico, perché per fare ciò sarebbe stata necessaria, a livello inconscio, una valutazione, un pensiero e una decisione. Louise deve aver realizzato inconsciamente che la nascita del suo secondo figlio rappresentava proprio quel cambiamento che le avrebbe garantito condizioni di sicurezza tali da poter rendere conscio il triste ricordo del suo primo figlio (nessun'altra esperienza felice avrebbe potuto produrre in lei un tale cambiamento). Poi, avendo realizzato che poteva considerarsi al sicuro, con una decisione e una volontà inconscia, ha fatto emergere i ricordi tristi.

Per inciso, vorrei far notare che la mia spiegazione del pianto a lieto fine contrae dei legami con la spiegazione freudiana sull'emergenza dei contenuti mentali rimossi nei sogni. Freud (1900) scrisse che il sognatore, poiché mentre sogna è paralizzato e quindi non può agire i suoi impulsi, nel sogno si sente al sicuro nel provare impulsi che nella vita di tutti i giorni considererebbe pericolosi. La mia spiegazione tiene conto anche di un ulteriore concetto sviluppato da Freud in scritti successivi sul desiderio di padronanza inconscio (Freud, 1920, 1926). Pur essendo a conoscenza di queste formulazioni freudiane, questi concetti sono diventati operanti in me solo nel momento in cui ho realizzato che essi permettono di dare senso a questo frequente fenomeno, che avevo considerato fino allora quanto meno inspiegabile.

### **Studio dei protocolli clinici**

Nel 1958, mi sono unito al gruppo di ricerca organizzato da Emanuel Windholz, all'interno del quale abbiamo cominciato a studiare il processo terapeutico attraverso l'analisi delle trascrizioni delle sedute. Avendo verificato l'utilità di questo metodo, ho continuato per i successivi sette anni, durante l'estate, a studiare i protocolli delle sedute dei miei stessi pazienti. Nel corso di questo studio mi guidava il presupposto che avevo utilizzato per spiegare il fenomeno del pianto a lieto fine. Infatti pensavo che i pazienti desiderano padroneggiare i loro problemi e perciò cercano una situazione di sicurezza, in modo da poter far emergere e padroneggiare le esperienze traumatiche sottostanti.

Nel 1964 iniziai a discutere le mie idee con Harold Sampson, la cui esperienza di psicologo e di metodologo fu di grande importanza per me. Stabilimmo così una proficua collaborazione che a tutt'oggi ancora dura. Pochi anni dopo Sampson ed io applicammo il metodo quantitativo allo studio di protocolli di 100 sedute dell'analisi di un paziente.

Questi studi (1972) confermarono l'ipotesi che il paziente era inconsciamente motivato a padroneggiare

i suoi problemi, e che, altrettanto inconsciamente, lavorava per padroneggiarli. Il paziente autonomamente, senza l'ausilio dell'interpretazione, aveva fatto emergere un tratto ossessivo rimosso e, con l'aiuto del terapeuta, riuscì a padroneggiare questa tendenza, ridimensionando il suo carattere ossessivo.

Un altro studio, sempre su protocolli di sedute, ha confermato l'idea che il paziente lavora insieme al terapeuta per sentirsi al sicuro. L'analisi delle trascrizioni delle sedute ha permesso di osservare che il paziente inconsciamente sottopone l'analista ad un test per assicurarsi sulla sua affidabilità. Una paziente, Roberta, un avvocato di 33 anni (Weiss, Sampson, e Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986) venne in terapia perché era depressa: figlia unica di genitori a loro volta fragili e depressi, si era sempre sentita un peso per loro, che viveva come rifiutanti e assenti (secondo Roberta, i genitori a malapena le parlavano).

Quando Roberta iniziò la terapia, stava facendo un lavoro scarsamente remunerativo in uno studio legale e non aveva amici stretti. I suoi problemi si concentravano sulla profonda paura di essere di peso per gli altri, tanto da pensare di poter essere rifiutata. A causa di questa paura era spaventata dal fare amicizie o dal prendere iniziative. Durante i primi tre anni di terapia, Roberta fece modesti progressi, contrasse poche amicizie, però assunse maggiori responsabilità sul lavoro. Arrivata al quarto anno della sua analisi, la paziente mi sorprese annunciandomi che aveva ottenuto ciò che voleva dal trattamento e che aveva deciso di chiuderlo entro tre mesi. Siccome Roberta era ancora molto inibita dai suoi problemi, di fondo mi opposi alla sua decisione: più volte interpretai la decisione di terminare collegandola alla paura di essere rifiutata; le dissi anche che era spaventata dall'idea di essere un peso per me e, preoccupata che le sue richieste mi avrebbero danneggiato, chiudendo la terapia, mi avrebbe rifiutato prima di essere rifiutata da me. Le comunicai anche che gravava su questa decisione l'idea di non meritare aiuto. Roberta rimase poco toccata da queste interpretazioni, tuttavia, poiché riconosceva di non sapere il vero motivo della sua decisione, la sollecitai a continuare finché non se ne fossero chiarite le ragioni. Così, giunto il momento della scadenza, a malincuore acconsentì a proseguire la terapia. Da questo momento in poi Roberta portò alla luce molti ricordi dolorosi relativi al rifiuto materno. Raccontò che una volta, quando aveva sei anni, scoppiarono dei disordini nel suo quartiere e sua madre, diversamente dalle madri dei suoi compagni, le diede dei soldi per andare a fare la spesa.

In questa occasione Roberta pensò che la madre avesse voluto che fosse uccisa. Appena Roberta ricordò questo fatto scoppiò in un pianto incontrollabile. Dopo di ciò decise di restare in terapia. Poche sedute dopo, si rese conto che aveva desiderato che io la spingessi a continuare e che si sarebbe sentita devastata se non l'avessi fatto. Ipotizzai che Roberta avesse minacciato l'interruzione dell'analisi per dare prova a se stessa che io le avrei richiesto di continuare. Dopo circa un anno Roberta confermò la mia ipotesi. Descrisse in che misura, durante la scuola secondaria, avesse consapevolmente messo alla prova la sua unica amica: aveva cominciato a preoccuparsi che la sua amica si sarebbe presto stancata della sua compagnia. Per verificare questa idea disse all'amica che, contrariamente a come erano rimaste, non voleva più andare al cinema con lei. Roberta fu grandemente sollevata quando l'amica insistette affinché lei rispettasse l'impegno preso.

Roberta, inconsapevolmente, mise alla prova anche me, al fine di assicurarsi del mio impegno verso di lei e il suo test fu ben architettato proprio per permettersi di valutare questo aspetto: infatti, dicendomi di aver ottenuto quello che voleva dall'analisi, mi ha facilitato il compito di rifiutarla senza tanti scrupoli, supponendo che, se per me rappresentava una presenza pesante, avrei dovuto cogliere al volo l'occasione che mi offriva di non vederla più.

Roberta fu ricompensata per lo sforzo fatto nel mettermi alla prova: infatti quando io ebbi superato il test spingendola a continuare, lei si sentì molto sollevata. A quel punto poté tranquillamente ricordare quanto si fosse sentita rifiutata dalla madre. Evidentemente Roberta non avrebbe potuto affrontare

l'opprimente tristezza connessa al rifiuto materno finché non avesse iniziato a sentirsi accettata da una persona importante per lei, una persona che, avendo superato il test, era risultata affidabile. Il comportamento di Roberta mi ha fatto rendere conto dell'impegno che il paziente mette nella cura per stabilire una buona relazione con il terapeuta. Il vissuto di essere accettata da me le fu molto più salutare di quanto fossero state le mie varie interpretazioni circa la paura di essere rifiutata. Quando ebbe prova della mia affidabilità si sentì sufficientemente al sicuro per far emergere i ricordi traumatici del rifiuto materno.

L'analisi di Roberta aveva fornito una prova contro l'idea classica della neutralità del terapeuta. Se fossi stato neutrale riguardo al piano di Roberta d'interrompere l'analisi, lei si sarebbe sentita profondamente ferita. Il comportamento di Roberta smentisce anche la concezione tradizionale che la frustrazione del desiderio inconscio agita dall'analista (in questo caso il desiderio di essere accettata), promuova la spinta del desiderio verso la coscienza e quindi ne faciliti l'*insight*. Questo caso mostra invece il contrario: solo quando ebbi soddisfatto il suo desiderio di essere accettata da me, lei si permise di affrontare i suoi profondi vissuti di rifiuto.

Le esperienze dello spettatore, come quelle di Louise e di Roberta, indicano la presenza di almeno due fattori che caratterizzano il pianto a lieto fine: l'intensità della tristezza, negata o rimossa e il grado di risoluzione della tristezza nel lieto fine. Nel caso dello spettatore, la tristezza è lieve e viene completamente superata dal lieto fine. Tuttavia lo spettatore non può essere consapevole del fatto che il suo pianto esprima una tristezza precedentemente negata (anche se alcuni colleghi mi hanno riferito che nel lieto fine di una romantica storia d'amore essi individuano una nota di tristezza nel loro pianto di gioia). Nel caso di Louise, siccome la tristezza era profonda, non fu completamente superata dalla nascita del suo secondo figlio, perciò, insieme alla sua grande gioia, sperimentò anche un lieve sentimento di tristezza. Roberta fu soddisfatta di essere stata accettata dal terapeuta, ma ciò le fu appena sufficiente a metterla in contatto con il rifiuto materno. Ma anche se il sentirsi accettata non produsse una piena felicità, tuttavia contribuì ad accrescere il senso di sicurezza nei confronti del terapeuta. Fu questo il primo passo che permise a Roberta di iniziare a sentire la profonda tristezza che solo anni dopo riuscì a padroneggiare.

### **Credenze patogene**

Benché le ipotesi che ho sviluppato a partire dagli studi sulle trascrizioni delle sedute, chiarissero gli sforzi dei pazienti per risolvere i loro problemi, tuttavia mancava ancora la spiegazione delle origini, dello sviluppo e della natura delle loro problematiche. Molte domande si affollavano: attraverso quali esperienze i pazienti sviluppano le loro problematiche? Perché in terapia diventano timorosi di rendere consci alcuni contenuti mentali o, se consci, di comunicarli al terapeuta? Che cosa li fa sentire insicuri nella relazione con il terapeuta? Nel rivolgermi queste domande, mi resi conto che avevo già iniziato a rispondervi, anche se in forma non esplicita. Pensai che se i pazienti temono di esprimere alcuni contenuti mentali per paura delle reazioni del terapeuta, è perché inconsciamente credono che le reazioni del terapeuta possano metterli in pericolo. Dedussi allora che i pazienti avevano acquisito tali credenze durante quelle esperienze infantili con persone il cui sostegno, protezione e aiuto erano state importanti per loro. In altri termini, i problemi dei pazienti affondano le loro radici in alcune credenze inconsce su se stessi in relazione agli altri: credenze che li rendono vulnerabili nei confronti degli altri, che definiamo patogene e che, dando origine a colpa, vergogna e bassa autostima, impediscono il raggiungimento di importanti successi desiderati. Per esempio, Roberta riferì di aver sentito i suoi genitori caricati e perfino danneggiati, dai suoi bisogni e anche estremamente rifiutanti. Tuttavia, è ragionevole ipotizzare che fosse stata proprio la paziente a dedurre dalla sua esperienza traumatica di essere rifiutata dai genitori, di essere pesante e addirittura dannosa per gli altri (Weiss et al., 1986).

Roberta aveva temuto di parlare al terapeuta del pesante rifiuto di sua madre non solo perché era

spaventata dal poter essere sopraffatta dalla tristezza, ma anche perché temeva che il terapeuta avrebbe potuto trovarsi d'accordo con la madre sulla considerazione che lei dovesse essere rifiutata; infatti aveva paura che il terapeuta potesse arrivare alla conclusione che lei fosse pesante, fastidiosa e noiosa, proprio come aveva pensato che la madre la ritenesse. Inconsciamente sapeva che, se il terapeuta l'avesse rifiutata ne sarebbe stata troppo turbata, vivendo il rifiuto come conferma delle sue intollerabili credenze patogene.

L'idea che Roberta soffrisse a causa delle sue credenze patogene permise di concettualizzare in modo ancora più esteso il test cui Roberta sottopose il terapeuta. Roberta non mise alla prova solo il terapeuta, ma anche la sua stessa credenza patogena che fosse fastidioso stare con lei e che pertanto doveva essere rifiutata. L'operazione di aver messo alla prova questa credenza fece parte dello sforzo della paziente allo scopo proprio di confutare questa idea. Così, quando il terapeuta non reagì in linea con le previsioni della credenza, Roberta fece un passo avanti nella confutazione della sua stessa credenza.

Il concetto di credenza patogena fornisce uno strumento utile del processo terapeutico. Leggendo le trascrizioni delle sedute possiamo osservare i pazienti che lavorano sulla loro terapia, spesso mettendo alla prova il terapeuta, allo scopo di confutare le loro credenze patogene. Abbiamo osservato quando i pazienti sentono il terapeuta al loro fianco nello sforzo di confutare queste credenze patogene, tendono a sentirsi sicuri, a diventare più ricettivi e ad avvicinarsi ai loro obiettivi. Invece, se "realizzano" che il terapeuta si oppone al loro sforzo di confutare le credenze patogene, si bloccano nel processo terapeutico e si ritraggono. Infatti in un secondo momento del processo terapeutico, quando il paziente avrà guadagnato una certa flessibilità, si relazionerà al terapeuta in modo nuovo, continuando a perseguire i propri obiettivi fondamentali attraverso una nuova via. Questa chiave di lettura permette al terapeuta di seguire il processo del paziente in modo trasparente e predicibile.

Vorrei concludere questa rassegna del nostro percorso storico, delineando i restanti punti fondamentali della nostra attuale teoria.

Le credenze patogene riguardano la realtà e la morale: esse possono esercitare una forte attrazione, perché sono state apprese in un'epoca in cui il paziente considerava i propri genitori delle autorità assolute. Una definizione sintetica delle credenze patogene (e in fondo di tutte le credenze) indica che possono essere memorizzate sia in forma verbale che non verbale e che in ogni caso sono accompagnate da un'emozione: ad esempio, una persona, inconsciamente convinta dell'improbabilità di riuscire in una qualche impresa, sarà con molta probabilità rassegnata e scontenta; oppure, ritenendo che il conseguimento dei suoi successi possa provocare nel padre un senso di inadeguatezza, presumibilmente incontrerà difficoltà nelle sue affermazioni professionali.

I pazienti lavorano con il terapeuta per disconfermare le loro credenze patogene, mettendolo alla prova e utilizzando le interpretazioni per divenire consapevoli di queste credenze e per dimostrare a se stessi quanto esse siano disadattive e irrazionali. Il processo terapeutico è un processo attraverso cui i pazienti lavorano con il terapeuta, sia inconsciamente che consciamente, per cambiare le loro credenze patogene e perseguire quegli obiettivi che sono loro impediti proprio dalla presenza di quelle credenze.

Mettere alla prova le proprie credenze inconse è un lavoro spesso inconscio che comporta l'uso di notevoli capacità cognitive inconse e che richiede una programmazione inconscia. Infatti è utile precisare che i pazienti non solo programmano test ad hoc, ma, all'interno di una strategia ancora più vasta, programmano anche la direzione verso cui andrà il trattamento, "scegliendo" quali credenze patogene potranno essere affrontate in quel momento e quali invece saranno da rinviare ad altri tempi. Per esempio, una paziente, la sig.ra G. (Weiss et al., 1986) all'inizio del trattamento era molto spaventata dall'eventualità di non essere d'accordo con il terapeuta, credendo inconsciamente che il disaccordo lo avrebbe profondamente ferito nello stesso modo in cui riteneva potesse ferire suo padre. La paziente però temeva, seguendo la sua credenza e malgrado l'atteggiamento del terapeuta, di essere costretta ad accettare forzatamente interpretazioni non vere o a seguire cattivi consigli. Programmò quindi di superare questa

credenza mettendo alla prova il terapeuta, nella speranza di dimostrare a se stessa che l'analista non fosse vulnerabile.

La paziente si trovò più volte in disaccordo con lui, all'inizio implicitamente e indirettamente e poi in modo più diretto ed esplicito e fu rassicurata dalla constatazione che l'analista non si fosse sentito ferito dal disaccordo. Durante questo periodo l'analista aiutò la sig.ra G. non solo superando il test, ma anche interpretando la sua paura di ferirlo e così, nei sei mesi seguenti, la sig.ra G. ebbe modo di disconfermare la sua credenza patogena e, divenendo gradualmente sempre più consapevole della paura di ferire il terapeuta, poté portare a coscienza la sua esperienza personale relativa alla vulnerabilità di suo padre. A questo punto la sig.ra G. divenne più collaborativa con il terapeuta e superò la paura di non essere d'accordo con lui, una volta capito che poteva tranquillamente essere in disaccordo.

Il compito del terapeuta, come si evince, è quello di aiutare il paziente a mettere in atto il piano per la confutazione delle credenze patogene, usando le interpretazioni e superando le prove a cui lo sottopone il paziente. Naturalmente l'approccio al paziente dipende da caso a caso, essendo funzione del tipo di credenza patogena del modo con cui il paziente lavora per confutarla.

In sintesi questa teoria, definita anche Control-Mastery Theory, è una teoria di tipo cognitivo-relazionale.

### **La ricerca sul processo terapeutico**

Ora descriverò come abbiamo usato per lo sviluppo del programma di ricerca le ipotesi dedotte dal mio studio sul pianto a lieto fine. L'ipotesi consisteva nel supporre che le persone fanno emergere la tristezza precedentemente rimossa quando si sentono al sicuro per poterlo fare, animati dallo scopo di padroneggiare i traumi.

Abbiamo ipotizzato che i pazienti, fanno emergere una serie di contenuti mentali, oltre la tristezza, precedentemente rimossi o negati, quando si sentono sicuri per poterlo fare: a questo punto è permesso far emergere obiettivi, emozioni, impulsi, credenze, e ricordi precedentemente rimossi.

Anche in questa ricerca abbiamo sottoposto a verifica le ipotesi attraverso l'analisi di trascrizioni di sedute di psicoterapia breve e di psicoanalisi. Per validare il concetto che i pazienti portano alla luce contenuti mentali quando decidono che si sentono al sicuro, erano necessarie due condizioni: 1) un metodo in grado di misurare la presenza di contenuti mentali precedentemente rimossi o negati e 2) un metodo per determinare quando un paziente sta cominciando a sviluppare un senso di sicurezza.

Abbiamo potuto poi verificare le nostre ipotesi correlando due variabili: 1) i momenti della terapia in cui il paziente veniva aiutato a sentirsi al sicuro e 2) il grado di coscienza, relativo ai contenuti mentali rimossi, che connotava il passaggio dal sentimento d'insicurezza a quello di sicurezza.

La nostra teoria ha individuato due indici che rivelano quando presumibilmente i pazienti stanno per sentirsi più sicuri. Questi due indici sono: 1) Quando il terapeuta produce un'interpretazione che il paziente può usare per contrastare le credenze patogene che hanno dato origine al vissuto di pericolo e 2) Quando il terapeuta supera il test. Si possono utilizzare giudici indipendenti, esperti delle credenze patogene del paziente, per determinare quando le interpretazioni del terapeuta aiutano il paziente a contrastare queste credenze e quando il terapeuta con i suoi commenti o interpretazioni supera i test del paziente.

Perciò abbiamo studiato le reazioni del paziente alle interpretazioni o al superamento da parte del terapeuta dei test del paziente, usando gli indici di *insight* che emergevano dal materiale clinico, per valutare il livello della presa di coscienza prima e dopo l'intervento del terapeuta. Se la nostra ipotesi fosse stata corretta, il paziente avrebbe dovuto presentare, dopo che l'intervento del terapeuta gli aveva fornito sicurezza, un livello d'*insight* maggiore rispetto al momento appena precedente l'intervento. I dati sottoposti a riduzione statistica hanno ampiamente verificato le nostre ipotesi: il paziente ha mostrato,

subito dopo l'aiuto del terapeuta, un livello d'*insight* maggiore.

Tuttavia avevamo bisogno di ulteriori prove, oltre alla verifica che il paziente si sentiva al sicuro dopo l'interpretazione o dopo il superamento del test. Perciò abbiamo utilizzato diverse misurazioni, tra cui anche il ritmo delle pulsazioni, per valutare le variazioni del livello di ansia del paziente tra il "prima" e il "dopo".

In base anche alla valutazione dei giudici, il nostro studio ha confermato con una rilevanza statisticamente significativa l'ipotesi, che il paziente diventava meno ansioso e, come già notato, produceva un *insight* maggiore.

Illustrerò ora i nostri metodi e i risultati attraverso una breve rassegna (per un resoconto più dettagliato delle ricerche cfr. Weiss et al., 1986; Weiss, 1990 e 1993).

Caston (1986), usando le trascrizioni delle prime 100 sedute dell'analisi della sig.ra C., verificò l'ipotesi che la paziente reagiva favorevolmente agli interventi utili a contrastare le sue credenze patogene. Caston ipotizzò che, come conseguenza di tali interventi, la sig.ra C. si era sentita meno minacciata dalle credenze e pertanto più capace di far emergere i contenuti mentali che erano stati rimossi in obbedienza alle credenze stesse. Per esempio, poiché la sig.ra C. credeva che se avesse dissentito dal terapeuta lo avrebbe ferito, l'ipotesi di Caston, prevedeva che la paziente avrebbe risposto agli interventi volti a rassicurarla contro la sua paura di essere in disaccordo con il terapeuta sentendosi sicura e permettendosi di diventare più consapevole dei disaccordi con lui che, per proteggerlo, rimuoveva. Dal momento che tali interventi avrebbero aiutato la sig.ra C. a esternare il suo piano per la confutazione delle sue credenze patogene, sono anche chiamati "interventi pro-piano". Caston inoltre ipotizzò che, così come la sig.ra C. si sarebbe sentita più sicura e più attiva a seguito di un intervento pro-piano, altrettanto si sarebbe sentita bloccata dagli interventi anti-piano che avrebbero confermato le sue credenze patogene.

Il primo passo di Caston fu dimostrare che le credenze patogene della sig.ra C. e i suoi piani inconsci potevano essere facilmente dedotti fin dalle prime dieci sedute di analisi. Quindi, usando l'impostazione del piano come uno strumento di ricerca, Caston e i suoi colleghi (Caston, Goldman, Mc Clure, 1986) dimostrarono che la sig.ra C. rispose agli interventi pro-piano (che includevano sia commenti interpretativi sia non interpretativi), diventando immediatamente più consapevole e attiva (proprio come accadde a Louise dopo aver visto il bambino). Ugualmente Caston verificò che la paziente non rispondeva favorevolmente agli interventi anti-piano (non sappiamo se Louise avrebbe risposto rinforzando la rimozione dei ricordi del primo figlio, se avesse ricevuto cattive notizie riguardo al secondogenito).

La ricerca di Caston ha stimolato ulteriori indagini circa le risposte dei pazienti agli interventi pro e anti-piano: Fretter (1984), Broitman (1985) e Da Villa (1992) nei loro lavori supervisionati da Curtis e Silberschatz, sulle trascrizioni di 16 sedute di psicoterapia di tre pazienti, utilizzarono un nuovo metodo d'impostazione del piano del paziente, sviluppato da Curtis e Silberschatz. Inoltre, mentre Caston aveva studiato le reazioni della sig.ra C. a tutti gli interventi, Fretter, Broitman e Da Villa circoscrissero i loro studi alle risposte dei pazienti alle interpretazioni, cioè a quegli interventi intesi a trasmettere *insight*.

In questi studi, Fretter dimostrò che i pazienti avevano risposto alle interpretazioni pro-piano recuperando prontamente l'integrità dei loro vissuti e mostrando minori difese. Broitman verificò che dopo le interpretazioni pro-piano i pazienti incrementavano il loro livello di coscienza. Da Villa dimostrò che a seguito delle interpretazioni pro-piano, due pazienti su tre subito si mossero verso i loro obiettivi, in linea con l'impostazione del piano.

In un'altra ricerca, sempre su questi tre casi, Fretter verificò che le interpretazioni pro-piano non solo contraggono un effetto immediato, ma anche duraturo, certificando che il rapporto tra interpretazioni pro e anti-piano può essere considerato un indice predittivo di esito. Inoltre, così come si ebbe modo di misurare sei mesi dopo la fine del trattamento, il paziente con la più alta percentuale di interpretazioni pro-piano attestò un migliore esito rispetto ai pazienti che, rispetto a questo parametro, si trovavano in



seconda e in terza posizione.

La nostra osservazione del pianto a lieto fine ha suggerito l'ipotesi che i pazienti sono inconsciamente capaci di far emergere spontaneamente materiale precedentemente rimosso, cioè senza l'ausilio delle interpretazioni. Questa ipotesi è stata verificata utilizzando le trascrizioni dell'analisi della sig.ra C. nella ricerca di Gassner (Gassner et al., 1982) che studiò l'emersione tra la 40° e la 100° seduta di contenuti mentali precedentemente rimossi, dimostrando che tutti, eccetto uno, erano emersi senza essere stati oggetto di interpretazione e che la Sig.ra C. in questi momenti provava minore ansia e maggiore partecipazione in relazione a ciò che stava manifestando.

È da notare che i risultati di Gassner non concordano con il postulato psicoanalitico tradizionale, secondo cui i contenuti mentali rimossi si presentano in modo intenso perché non soddisfatti; in tal caso la Sig.ra C. avrebbe dovuto sentire ansia quando i contenuti stavano emergendo. I risultati di Gassner confutano anche l'idea che i contenuti emergano in forma mascherata, infatti in tal caso la sig.ra C. non li avrebbe manifestati in tutta la loro chiarezza. Al contrario Gassner ha verificato l'ipotesi che la sig.ra C., proprio in quanto aveva superato inconsciamente l'ansia in riferimento a questi contenuti, ha potuto "decidere" di portarli alla luce e viverli tranquillamente.

Le mie osservazioni sulle credenze patogene nell'analisi di Roberta sono state verificate da una ricerca (Silberschatz, Sampson, Weiss, 1986) effettuata sulle prime 100 sedute di analisi della sig.ra C. Silberschatz concluse che la sig.ra C. soffriva della credenza patogena relativa all'idea che rivolgere richieste al terapeuta avrebbe significato opprimerlo e schiacciarlo. Silberschatz prevede che la sig.ra C. avrebbe lavorato per superare questa credenza mettendola alla prova lavorando insieme all'analista. In pratica avrebbe fatto delle richieste al terapeuta, sperando inconsciamente che egli non vi acconsentisse. Infatti, se il terapeuta avesse resistito, la paziente si sarebbe sentita in salvo e rassicurata contro i pericoli veicolati dalla credenza patogena, con l'effetto di sentirsi meno apprensiva tesa e ansiosa.

Silberschatz ha dimostrato con evidenza statisticamente significativa che, quando il terapeuta non raccoglieva la provocazione, la sig.ra C. diveniva meno ansiosa, più attiva e rilassata e più bendisposta (così come immediatamente cambiarono i sentimenti di Louise quando vide il bambino). Questa ricerca conferma l'ipotesi che la sig.ra C. con le sue richieste stava inconsciamente testando oltre l'analista anche le sue credenze patogene, rassicurandosi del fatto che l'analista non avesse ceduto. Tornando alla considerazione classica della psicoanalisi, se le richieste della sig.ra C fossero la semplice espressione di intense pulsioni inconscie, che premono per il soddisfacimento, la sig.ra C. avrebbe dovuto sentire ansia, disappunto e rabbia quando l'analista dimostrò di non averla presa in considerazione.

Un'ulteriore indagine (Curtis et al., 1986) ha avvalorato la considerazione che la sig.ra C., mettendo alla prova la sua credenza, al tempo stesso la indeboliva. Fu dimostrato che durante le prime 100 sedute dell'analisi (periodo preso in considerazione da Silberschatz) la sig.ra C. divenne progressivamente più capace di contrastare insieme con l'analista questa tendenza.

Nello studio di un altro gruppo di tre pazienti (Pole, 1999), si dimostrò che dopo le interpretazioni propiano il numero delle pulsazioni diminuiva quasi immediatamente, confermando ulteriormente l'ipotesi che questo tipo di interpretazione rassicura inconsciamente il paziente nei confronti delle sue credenze patogene.

### **Ricerca sui sensi di colpa del sopravvissuto**

Una serie di recenti studi ha confermato la nostra intuizione clinica che la colpa del sopravvissuto sia spesso un importante fattore nell'eziologia dell'inibizione psicologica e psicopatologia. La colpa del sopravvissuto (Modell, 1971) è un tipo di colpa che si prova generalmente verso i membri della propria famiglia o verso amici intimi, quando si crede inconsciamente di aver ottenuto dalla vita cose migliori di

quanto essi abbiano avuto. La colpa del sopravvissuto è spesso patogena, le persone che ne soffrono si sentono eccessivamente responsabili verso gli altri e quindi sono disposti a sacrificare i loro stessi successi pur di rendere felici gli altri.

Anche per il significato della colpa del sopravvissuto abbiamo concettualizzato questa tematica tramite il nostro lavoro clinico e lo studio delle trascrizioni delle sedute. In molti casi il paziente sentiva un sollievo immediato e diventava più cosciente quando veniva aiutato dal terapeuta a superare la credenza patogena relative al senso di colpa legato all'idea di avere più degli altri e, a questo proposito, si è attivato un settore di ricerca finalizzato a considerare il ruolo che hanno in psicopatologia le credenze patogene relative alla colpa del sopravvissuto.

Applicando il nuovo strumento di misurazione, l'Interpersonal Guilt Questionnaire (IGQ), progettato per studiare la relazione tra colpa e problemi psicologici, risultò (O'Connor et al., 1997) che la colpa del sopravvissuto è significativamente correlata alla depressione e ad altre sindromi psichiatriche. In un'altra serie di studi fu rinvenuto che la colpa del sopravvissuto era associata al pessimismo, alla gelosia patologica, all'invidia, al perfezionismo e alla tendenza all'impostura. In un recente studio su un campione di studenti universitari abbiamo trovato che il senso di colpa e la paura di prendere un brutto voto contraevano la stessa capacità predittiva sulla depressione (O'Connor et al., 2000). Invece, in un altro studio su un paziente ospedalizzato per depressione, la paura del brutto voto si mostrò un valido indice predittivo migliore del senso di colpa. Mulherin (1998) adattando l'IGQ a una popolazione di adolescenti, trovò che, come con gli adulti, alti livelli relativi al senso di colpa erano associati a problemi psicologici. Un altro studio su un gruppo di tossicomani in trattamento (Meehan et al., 1996) riscontrò un livello relativo al senso di colpa del sopravvissuto più elevato rispetto al campione di controllo. Infine, in uno studio su donne in libertà vigilata si trovò che un alto livello di colpa del sopravvissuto era predittivo di recidività (Sweezy, 1997).

## BIBLIOGRAFIA

- Broitman J. (1985) *Insight, the mind's eye: An exploration of three patients' processes of becoming insightful* Dissertation Abstracts International, 46, 8b, University Microfilms, 85-20: 425.
- Caston J. (1986) *The reliability of the diagnosis of the patient's unconscious plan*, in Weiss J., Sampson H., Mount Zion Psychotherapy Research Group *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research* Guilford Press, New York.
- Caston J., Goldman R., Mc Clure M. M. (1986) *The immediate effects of psychoanalytic interventions in The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research* Guilford Press, New York.
- Curtis J., Ransohoff P., Sampson F., Bronstein A. (1986) *Expressing warded off contents in behaviour* in Weiss J., Sampson H., Mount Zion Psychotherapy Research Group *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*, Guilford Press, New York.
- Davilla L. (1992) *The immediate effects of therapist's interpretations on patient's plan progressiveness* (Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Alameda).
- Fretter P. (1984) *The immediate effects of transference interpretations on patient's progress in brief, psychodynamic psychotherapy* Dissertation Abstracts International, 1985, 46, 6a, University Microfilms, 85-12: 112.
- Freud S. (1900) *L'interpretazione dei sogni* OSF, vol. III, Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud S. (1920) *Al di là del principio di piacere* OSF, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.
- Freud S. (1926) *Inibizione, sintomo e angoscia* OSF, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978.
- Gassner S., Sampson H., Weiss J., Brumer S. (1982) *The emergence of warded-off contents* Psychoanal. Contemp. Thought, 5: 55-75.
- Meehan W., O'Connor L. E., Berry J. W., Weiss J., Morrison A., Acampora (1996) *Guilt, shame and depression in clients in recovery from addiction* J. Psychoact. Drugs, 28: 125-134.
- Modell A. (1971) *The origin of certain forms of pre-oedipal guilt and the implications for a psychoanalytic theory of affects* Internat. J. Psycho-Anal., 52: 337-346.
- Mulherin K. (1998) *The Interpersonal Guilt Questionnaire: validation for an adolescent version* Dissertation Abstract International, B., 59, 105: 2479.

- O'Connor L. E., Berry J. W., Weiss J., Bush M., Sampson H. (1997) *Interpersonal guilt: the development of a new measure* J. Clin. Psychol., 53: 74-89.
- O'Connor L. E., Berry J. W., Weiss J., Schweitzer D. (2000) *Survivor guilt, submissive behaviour and evolutionary theory: the down-side to winning in social comparison* Brit. J. Med. Psychol.
- Pole N. (1999) *Client appraisal of danger and safety in psychotherapy and the physiological, facial, and subjective correlates* University of California, Berkeley.
- Sampson H., Weiss J. (1972) *Defence analysis and the emergence of new themes* Arch. Gen. Psychiat.: 524-532.
- Silberschatz G., Sampson H., Weiss J. (1996) *Testing pathogenic beliefs versus seeking transference gratifications* in Weiss J., Sampson H., Mount Zion Psychotherapy Research Group *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*, Guilford Press, New York.
- Sweezy M. (1997) *Trauma and recidivism to prison: What's guilt got to do with it?* University Microfilms, 98-105.
- Weiss J. (1952) *Crying at the happy ending* Psychoanal. Rev., 39: 338.
- Weiss J. (1971) *The emergence of new themes: a contribution to the psychoanalytic theory of therapy* Internat. J. Psycho-Anal, 52: 459-467.
- Weiss J. (1990) *Unconscious mental functioning* Sci. Amer., 262: 103-109.
- Weiss J. (1993) *Come funziona la psicoterapia* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Weiss J., Sampson, H., Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986) *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research* Guilford Press, New York.