

## Capitolo 3

### Controtransfert

#### *Considerazioni preliminari*

Come abbiamo già esposto nel terzo capitolo del primo volume, la storia del controtransfert esemplifica la riscoperta della complementarità come principio fondamentale dell'interazione sociale in psicoanalisi. Se si attribuisce a Paula Heimann (1950) il merito di aver esplicitamente fondato il significato positivo del controtransfert, una tappa successiva può essere considerata l'introduzione del concetto di interazione nella discussione psicoanalitica della teoria.

L'interazione psicoterapeutica di qualsiasi provenienza produce senza dubbio effetti terapeutici, ma il fare dell'uno non è che promuova l'agire dell'altro (...) specialmente le reazioni da parte del terapeuta sono parzialmente provocate dal pensare e riflettere sulle reazioni che il paziente presume, desidera, si aspetta o teme di suscitare, 1) perché il pensare e il riflettere in senso freudiano, nella situazione psicoterapeutica, si basa su tentativi; 2) perché i motivi affettivi producono *inevitabilmente* degli effetti anche nella relazione professionale. (Thomä, 1981, p. 301)

Tra le diverse teorie dell'interazione sono particolarmente utili per la psicoanalisi quelle che Blumer (1973) riassume nella felice espressione «interazionismo simbolico».

Per Weiss (1988) questo termine designa un orientamento primariamente basato sul fatto che gli esseri umani si comportano, nei confronti di soggetti e oggetti, in base ai significati che questi hanno per loro.

I fenomeni del controtransfert diventano pertanto più comprensibili attraverso la conoscenza delle teorie dell'*intersoggettività*, come sono state riassunte da Joas (1985).

Da *Mente, Sé e società* (1934, p. 108) di G.H. Mead, insigne rappresentante dell'interazionismo simbolico, citiamo il seguente passo:

Noi vediamo noi stessi, più o meno inconsciamente, come ci vedono gli altri. Inconsciamente ci rivolgiamo a noi stessi come gli altri si rivolgono a noi (...) Provochiamo

in un'altra persona ciò che sentiamo in noi stessi in modo da assumere inconsciamente questi atteggiamenti. Ci poniamo inconsciamente nel ruolo degli altri e agiamo come loro. Qui vorrei mettere in rilievo solo il meccanismo generale, data la sua importanza così fondamentale per lo sviluppo della consapevolezza e dell'identità. Noi provochiamo continuamente in noi stessi, specialmente mediante i gesti vocali, quelle reazioni che provochiamo anche nelle altre persone, e incorporiamo così nel nostro comportamento gli atteggiamenti di queste altre persone. Il significato critico del linguaggio ai fini dello sviluppo dell'esperienza umana si radica proprio nel fatto che lo stimolo è tale da agire così sull'individuo parlante come sull'altro.

La teoria dei ruoli ha arricchito il nostro repertorio di concetti, per una nuova concezione dei processi di transfert-controtransfert, attraverso l'introduzione della coppia di concetti «ruolo» e «Sé», legati inseparabilmente tra loro.

Nel linguaggio comune «avere un ruolo» rimanda al teatro, e per questo modo di comprendere il ruolo molti vedono il nostro lavoro professionale non inquadrato secondo l'importanza della sua dimensione umana [pur essendo vero che il concetto di ruolo è preso in prestito da quell'ambito]. Che il modello scenico sia impiegato nell'interpretazione della situazione psicoanalitica, ad esempio da Habermas, è comunque qualcosa che deve dare da pensare. Nella situazione clinica, di fatto, parliamo in modo del tutto ingenuo del tipo di ruolo che lo psicoanalista sta svolgendo nel transfert del paziente. (Thomä, 1981, p. 392)

Con il dovuto riconoscimento a Mead, abbiamo ampliato il modello scenico presentato nel primo volume (vedi 3.4). Il ruolo professionale dell'analista comporta che egli sia sensibile alle emozioni del paziente e ai propri affetti – questa è l'essenza del cosiddetto controllo del controtransfert – senza agirli. Quando interpreta, l'analista svolge il suo ruolo professionale e nel contempo se lo lascia alle spalle. Mentre parla svela il suo pensiero, e con ciò sé stesso, anche quando assume una posizione interpretativa su minimi dettagli del problema di un paziente, ritenendo di aver lasciato totalmente da parte la propria persona.

Ruolo e Sé si concretizzano, di conseguenza, nell'interazione sociale, ed è qui che sono tangibili. In relazione a questo Sandler, Dare e Holder (1973, p. 44) affermano che «il transfert non deve essere limitato all'illusoria appercezione di un'altra persona (...) ma può intendersi come comprensivo dei tentativi inconsci (e spesso sottili) di manipolare o di provocare situazioni intersoggettive che sono una nascosta ripetizione di precedenti esperienze e rapporti».

Tra gli autori di lingua tedesca, Beckmann (1974) studiò in modo sistematico i fenomeni di simmetria e asimmetria nell'assegnazione dei ruoli della configurazione transfert-controtransfert nel processo diagnostico, ma i suoi risultati non vennero applicati alla clinica. Egli sottolinea l'importanza della coazione a ripetere, con la quale la complementarità si trasforma in quella consolidata relazione di ruoli che, sulla scena della situazione psicoanalitica, l'analista vive sulla propria pelle come coprotagonista. Le relazioni inconscie

di ruolo portano ai modelli psicodinamici ciclici descritti da Strupp e Binder (1984, pp. 72 sg.). La psicodinamica viene dunque intesa come transazioni interpersonali ripetitive che si perpetuano in un circolo vizioso. Questo è anche il momento consolidante di una diagnostica psicoanalitica interazionale, la cui attuazione, secondo Sandler (1976), è dovuta alla disposizione dell'analista nell'assumersi ruoli che, di volta in volta indotti, verranno completati attraverso la sua capacità di discernimento.

L'offerta, nel trattamento, di una situazione relativamente uniforme rende possibile l'attualizzazione degli schemi rigidi che hanno segnato l'esperienza del paziente. La particolare posizione di competenza dell'analista favorisce l'identificazione concordante e complementare con il paziente. Entrambi gli atteggiamenti si svolgono secondo una relazione figura-sfondo, in modo che vediamo risaltare a volte un livello, a volte l'altro.

Su questo sfondo le reazioni di transfert e di controtransfert possono essere intese come processi di comunicazione e di interazione, dove le disposizioni reattive inconsce influenzano, in modo selettivo, la percezione di elementi scatenanti esterni, e quindi l'importanza che si assegna alle componenti situazionali. La nota metafora della chiave e della serratura si presta a molteplici variazioni: più è univoca la fissazione del paziente a un determinato modello di relazione, più forte sarà la pressione sull'analista perché assuma un adeguato ruolo complementare o concordante. Chiave e serratura dipendono l'una dall'altra. Wittgenstein conìò per questa «idea» di Freud il seguente aforisma: «Nella follia la serratura non è distrutta ma solo alterata; la vecchia chiave non può più chiuderla, ma potrebbe farlo una chiave fatta diversamente.» Invece di estendere ulteriormente la metafora prendiamo in considerazione le conoscenze esistenti sui processi di regolazione della microinterazione affettiva e cognitiva (Krause, 1983; Moser, 1984; Zeppelin, 1987; vedi anche vol. 1, 9.3). Queste sono in sintonia con i risultati della moderna ricerca in psicologia evolutiva, che offre dati convincenti sull'intersoggettività fra madre e bambino (Lichtenberg, 1983a; vedi vol. 1, 1.8).

Nei due primi paragrafi (3.1 e 3.2) diamo esempi di controtransfert concordante e complementare. Siamo d'accordo con l'affermazione di Racker (1968, p. 78) che l'identificazione dell'analista con l'oggetto, da parte del paziente, e il processo patologico che l'accompagna, dovrebbero essere così effimeri e restare così moderati da non danneggiare il lavoro psicoanalitico.

Il tema della retrospettività (*Nachträglichkeit*) e delle fantasie retrospettive (3.3) acquista un significato fondamentale. La controversa questione di come l'analista renda il paziente consapevole del suo controtransfert o come involontariamente tenti di difendersi con l'ironia, sarà discussa con ulteriori esempi (3.4 e 3.5). La comprensione autoanalitica del controtransfert viene approfondita da una discussione critica dei nostri esempi (3.6). Arriviamo infine all'argomento dell'identificazione proiettiva (3.7) come spiegazione

del controtransfert. Per l'aspetto oppressivo del controtransfert risulta particolarmente esatto ciò che Racker (1968) ha formulato con molta semplicità, ricorrendo a una nota citazione di Nestroy (p. 92):

Dobbiamo quindi ammettere che talvolta noi la perdiamo, la nostra salute mentale, non del tutto, ma giusto quel tanto per percepire e diagnosticare il processo controtransferale patologico, e per poter quindi utilizzare in seguito – superato l'urto con questa realtà psicologica – questa percezione per l'analisi dei processi transferali del paziente.

Qualunque cosa il paziente scateni nell'analista, dev'essere sua preoccupazione e dovere assolvere il compito terapeutico nell'interesse del paziente. Non è facile armonizzare il ruolo assunto nell'ambito di questa «professione impossibile» con l'Io personale e la propria vita privata. Partecipiamo a una doppia e molteplice vita, e Schopenhauer, uno dei padri filosofici del modello scenico, pensava a questo quando affermò:

Qui nel campo della tranquilla riflessione, gli [all'uomo] appare freddo, incolore e momentaneamente estraneo ciò che là lo possiede completamente e lo emoziona con violenza: qui è solo spettatore e osservatore. In questo ritiro nella riflessione diventa come un attore che ha recitato la sua scena e che, prima di rientrare sul palcoscenico, prende posto tra gli spettatori da dove osserva tranquillo ciò che sta accadendo, fossero pure i preparativi della sua morte [sulla scena teatrale], ma quando rientra in scena agisce e soffre come esige la sua parte. Da questa doppia vita nasce quella serenità umana, tanto differente dalla mancanza di pensieri degli animali, con la quale, dopo previa riflessione, presa la decisione o riconosciuto la necessità, uno assume su di sé o compie a sangue freddo cose importantissime anche molto terribili: suicidio, esecuzione di morte, duello, imprese di ogni genere rischiose per la vita.

### 3.1 *Controtransfert concordante*

Nel primo volume (3.4) abbiamo affermato, appoggiandoci a Racker (1957), che in un controtransfert concordante l'analista vive sentimenti simili a quelli del paziente, come conseguenza di un'identificazione con lui. In una classificazione delle emozioni vissute insieme, secondo Racker, esistono, nell'ambito della teoria psicoanalitica, identificazioni concordanti relative a parti del Super-io, dell'Io e dell'Es. Presentiamo ora i controtransfert concordanti osservabili in due sedute.

Il signor Ignaz Y dopo il divorzio si trova in una situazione difficile. La regolamentazione giudiziaria dei debiti, derivanti dallo stile di vita impostogli dalla sua ex moglie, è continuo motivo di nuove irritazioni. Le difficoltà esterne e interne hanno intensificato il suo desiderio di un padre premuroso e un corrispondente transfert. Il paziente, cresciuto in Svizzera, si sente di nuovo senza patria e cerca un maggiore sostegno nell'analisi. Venne preso più volte in considerazione un aumento di frequenza delle sedute settimanali, da tre a quattro. Il signor Ignaz Y paga l'onorario di tasca propria non essendo presenti sintomi patognomici tali da giustificare una psicoterapia a spese dell'assicurazione, e un aumento della frequenza porterebbe a ulteriori spese; diventa quindi necessario valutare adeguatamente costi e benefici.

Gli sono state rivolte nuove richieste finanziarie, deve quindi consultare urgentemente il suo avvocato per opporsi fermamente e non essere nuovamente gravato da altre spese; dice testualmente: «Da qualche parte deve pur esserci un limite.» La parola «limite» mi fa pensare alla sua capacità di sopportazione. Come sosterrà questa pressione? Andrà oltre i «limiti» del Paese, oltre i confini, per cominciare una nuova vita in Svizzera?

In effetti il paziente adesso parla della sua famiglia. Sua sorella gli ha scritto una lettera: «Ah, almeno uno spiraglio di luce.» Anche lei nel frattempo ha lasciato la casa paterna in Svizzera – come aveva fatto lui all'inizio dei suoi studi – e si è trasferita in una città più grande, più vicina alla Germania, e quindi facilmente raggiungibile.

Penso che finora abbia raccontato ben poco della sorella; so che come figlia legittima era stata la prediletta dei genitori; il paziente invece era nato prima del matrimonio. I suoi genitori si erano sposati quando lui aveva iniziato ad andare a scuola. Senza che io dica nulla, il signor Ignaz Y continua parlando di un suo superiore, anch'egli svizzero, che ha ricevuto un'interessante offerta di collaborazione in un progetto di sviluppo e sarebbe diventato il braccio destro di un funzionario del ministero. Si percepisce un'atmosfera di malanimo e di invidia, che associa al sentimento di voler tornare in patria. Partendo da questo sviluppo, delinea un primo intervento sottolineando la convinzione che le sue difficoltà non abbiano mai fine, mentre per gli altri la vita è più benevola. Sospira e ritorna ai suoi problemi legati alla vendita della casa, che tenta di risolvere sovraccaricandosi di lavoro straordinario. Questo maggior guadagno da un lato è necessario, dall'altro questa seconda attività notturna è anche espressione di un'opinione di sé troppo alta. Di conseguenza dover trascurare la sua routine lavorativa gli costa caro, e questo provoca conflitti con i colleghi e i superiori nel posto di lavoro ufficiale.

Non mi convincono le sue riflessioni sulla soluzione di questi problemi poiché, a mio avviso, in essi risiedono anche conflitti irrisolti di potere e creatività. Prima che mi diventi chiaro se devo continuare a sviluppare queste riflessioni, il paziente incomincia a parlare di suo padre, che non deve venire a sapere niente di questo nuovo disastro della casa venduta. Si fregherebbe soltanto le mani dicendo: «Vedi che porcheria hai costruito all'estero.» Il paziente diventa molto vivace e inscena con il padre critico un fittizio e violento scambio di parole pieno di delusione.

ANALISTA: Forse desidera tornare a casa per trovarsi di fronte a un padre che non tenga conto dei pasticci che ha combinato all'estero.

PAZIENTE: Sì, ho sempre desiderato un padre del genere, ma non l'ho mai avuto.

Il paziente ricorda che nella sua infanzia e giovinezza non aveva mai sentito una stretta relazione con il padre e spiega di non avere mai ricevuto direttamente dei soldi da lui. Si era invece attaccato alla madre, che lo aveva legato a sé con regali in denaro, poi finalmente se n'era andato di casa perché stanco di questo legame, di questo essere suo prigioniero. Non aveva trovato la strada per avvicinarsi al padre, ma negli ultimi tempi ha capito che il padre è diventato un uomo anziano e pacifico con il desiderio di ritrovare suo figlio.

Le informazioni del paziente mi completano un'immagine: il desiderio di essere accolto a casa come il figliuol prodigo. Mi viene in mente che il signor Ignaz Y durante l'adolescenza aveva avuto per un po' di tempo il desiderio di diventare sacerdote; gli ricordo allora la storia del figliuol prodigo.

Il paziente si raffigura vivacemente e gioiosamente un banchetto e conclude: «Forse dovrei rileggermi la Bibbia.»

Per la prima volta nella seduta si instaura un'atmosfera religiosa, una fiducia nella forza delle vecchie immagini. Finora non aveva mai parlato dei resti della sua religiosità, solo della sua rappresentazione filosofico-naturalistica di Dio.

La sua tensione si allenta, e l'atmosfera tra noi diventa percettibilmente più armoniosa; ho l'impressione che il paziente diventi sempre più pesante sul lettino, mentre io divento sempre più sonnolento, ho la sensazione di un caldo benessere nel quale mi ritiro. Il paziente continua a raffigurarsi la scena del ritorno a casa; quando inserisce anche la sorella in questo suo sogno diurno, il suo umore cambia ancora. Questa è una possibilità di ritorno a casa.

Mi viene in mente il verso finale di una poesia del poeta israeliano David Rokeach: «E alla fine di ogni cammino c'è il ritorno a casa verso Gerusalemme.» Vivo la mia sonnolenza come uno stato d'animo piacevole, come un momento di distensione in cui non interpreto nulla, e lascio il paziente alle sue fantasie di ritorno a casa. Mi ricordo poi un passaggio dell'inizio del trattamento: il paziente pensava che io fossi un analista severo che non gli avrebbe mai permesso di alzarsi e di muoversi. Partendo da ciò elaboro la seguente interpretazione: «Lei si sta raffigurando la scena di un ritorno a casa dove immagina la relazione con suo padre proprio come l'ha sempre desiderata. Al tempo stesso lei ora si trova in una difficile situazione e vorrebbe avere un maggiore aiuto da parte mia per compensare una mancanza: l'intervallo di tempo dall'ultima seduta e l'accento al fatto che manca una quarta seduta. Non è forse questo un appello a un padre premuroso di prepararle un ambiente domestico in cui sentirsi bene accolto e poter tornare ogni volta che lo desidera?»

Il paziente è turbato e dice dubbioso: «Dopo tutto mi riesce difficile poter credere una cosa del genere. Non ho mai avuto un padre così, né la sensazione di potermi sentire così a casa.»

Segue poi un silenzio dal quale il paziente mi richiama segnalandomi che la seduta si è prolungata di alcuni minuti. Senza accorgermene ho palesemente trasformato e realizzato il suo desiderio di prolungare la seduta.

L'idea del ritorno a casa rimane presente nelle sedute successive e si collega all'idea del paziente di voler mettere più ordine nella propria vita. Vorrebbe cambiare il luogo della difficile situazione di vita attuale o almeno liberarlo dalle sue infamie. Poi racconta un sogno in cui un uomo non individuato mette in ordine una chiesa piena di anticaglie e nel farlo scopre dei giocattoli che posa sull'altare.

Per un periodo della sua giovinezza il paziente aveva cercato nella Chiesa e nella fantasia consolatoria di diventare prete quella sicurezza che non trovava in casa; inoltre molto spesso si è accusato di riempire il mio studio con il suo disordine. È lecito quindi considerare la Chiesa come metafora della terapia. Ritorniamo al mio ruolo nella sua vita, rappresentato nel sogno dall'uomo con caratteristiche indefinite. Nel primo anno di terapia il signor Ignaz Y usava le sedute soprattutto per riordinare con il mio aiuto la sua vita disordinata. Temporaneamente la mia funzione prevalente era di sostegno; per non sprofondare nel caos orientava spesso la sua vita secondo il mio punto di vista e la mia valutazione. Per eccesso di autostima narcisistica era piuttosto cieco in molti campi della vita privata e professionale e si sentiva disorientato quando all'improvviso si trovava in una strada senza uscita. Eravamo tutt'e due preoccupati, ognuno a suo modo, di mettere ordine, e così avevamo scoperto dei giocattoli della sua infanzia per lui preziosi, ma ai quali era impedito l'accesso. Come illustreremo in 7.3, il paziente da bambino aveva sviluppato un suo linguaggio privato. I suoi riferimenti relativi al sogno mi portano a pensare che l'uomo ignoto del sogno possa essere una raffigurazione mista di noi due. Stupito da questo pensiero, ricordo che alcuni giorni prima avevo letto un libro il cui titolo mi piaceva, *The Pronouns of Power and Solidarity*. Potrebbe darsi che nella tensione tra potere e solidarietà io intuisca l'ambivalente stato d'animo del paziente che dà molto e che io accetto, senza essere sicuro di cosa ne ricavi. Prima che io giunga a un'interpretazione partendo da queste riflessioni, il paziente ricorda una trasmissione televisiva in cui era stata mostrata la fotografia di A. S., una terrorista ricercata, e lui aveva commentato: «Se ce ne liberassimo, sarebbe una salvezza.»

In concomitanza con l'inizio del trattamento si era esteriormente liberato dalla moglie che lo dominava completamente e dalla sua famiglia; temeva però di ricadere in una situazione analoga. Nel passo successivo interpreto: «Quando si sarà definitivamente liberato dalle macerie del suo matrimonio mal riuscito...» Il paziente mi interrompe dicendo: «Allora farò per lei un voto nel santuario del mio paese natio.» Confronta ora il trattamento con una Via Crucis, un cammino pieno di rovi. Gli faccio notare che nel suo vissuto questo percorso è molto doloroso, unilaterale e di esito incerto. Il paziente ricorda ora che suo padre gli ha lasciato poche cose buone; lo ha fatto sempre sentire un illegittimo e, in fondo, neanche desiderato. Solo una volta, quando da piccolo si era ammalato, lo aveva tenuto in braccio. Concludo con l'annotazione che, nella sua difficile ricerca di un posto per curarsi, deve essersi sentito come un illegittimo, dal momento che alcuni terapeuti da lui consultati gli avevano detto che prima di intraprendere un trattamento psicoanalitico avrebbe dovuto sistemare la sua vita.

### 3.2 *Controtransfert complementare*

Nel primo volume (3.4) abbiamo ricordato che con l'espressione «identificazione complementare» Helene Deutsch (1926) ha descritto l'identificazione dell'analista con gli oggetti di transfert del paziente. L'analista si sente quindi come fosse la madre o il padre, mentre il paziente rivive i sentimenti provati nella relazione con ciascuno dei genitori.

Il signor Erich Y arriva alla seduta 249 di buon umore, la vita è nuovamente degna di essere vissuta. Descrive con sentimento il suo piacevole sogno:

PAZIENTE: Ero in ditta e avevo un buon rapporto con il mio capo. Siamo arrivati perfino a telefonarci. Dapprima ho parlato io, poi ha continuato lui, quindi il capo-reparto, e abbiamo proseguito prendendo un gelato o qualcosa di simile, non ricordo con precisione.

ANALISTA: In sua presenza, mentre lei era al telefono o come?

AZIENTE: Sì, mentre era al telefono ha messo in bocca una gomma da masticare, o qualcosa del genere.

ANALISTA: Sì, ha mangiato la sua gomma o il suo gelato per realizzare uno scambio molto intimo?

PAZIENTE: Esattamente.

[*Riflessione*]. L'atmosfera armoniosa e intima del sogno colora la nostra relazione; entro in questa atmosfera assimilando spontaneamente i desideri transferali del paziente. Mi preme esprimere correttamente con parole il suo forte desiderio inconscio e rendere percettibile l'intimità dello scambio. Il mio proposito si ripercuote anche nelle successive interpretazioni orali. Mi accadde però casualmente di assegnare subito al paziente la gomma da masticare, come se fosse stato lui il primo a tenerla in bocca. Notai che il paziente era titubante di fronte alla descrizione dello scambio intimo, ed egli stesso era passato dal gelato alla gomma. Ma furono le mie domande, guidate inconsciamente, a mettergli in bocca la *gomma da masticare*. In quale maniera il mio controtransfert abbia influenzato le domande sfugge a una mia spiegazione conscia. Sento il transfert del paziente a vari livelli, così come si con-

figura nel sogno. Il desiderio del padre si esprime in un modo orale di relazione; le interruzioni o la poca chiarezza nell'interpretazione (del sogno) potrebbero essere indice di una resistenza contro tendenze falliche latenti. La mia sintonia emotiva ha visibilmente incoraggiato il paziente a rinunciare alla sua resistenza. Tutto si svolse in maniera così naturale che notai il lapsus soltanto durante la lettura della trascrizione. Può aver contribuito a ciò il fatto che il paziente abbia confermato subito la mia interpretazione dello svolgimento della scena dicendo: «Esattamente.» A questo «esattamente» del paziente seguì il mio completamento.

ANALISTA: Questo scambio intimo vi ha reso compagni.

PAZIENTE: È una particolare predisposizione umana. Accade poi di sentirsi avvicinato e non allontanato e di sentirsi anche di uguale valore. In uno stato d'animo del genere non mi disturba neanche il malumore di nostro figlio più piccolo, cosa che altrimenti mi dispiace.

Il paziente si occupa poi di un suo improvviso cambiamento di umore. Prima della seduta ha avuto una breve fase negativa quando nella sala d'aspetto è apparso un medico; sebbene sedesse fuori dalla sua vista, si è sentito nel dubbio se salutare o no, se il medico si sarebbe rivolto cortesemente verso di lui ecc. Immediatamente è diventato teso e contratto e il sintomo si è ripresentato.

[*Riflessione*]. Dalle idee spontanee del paziente desumo di aver indovinato esattamente la sua ricerca di un'unità e di una comunanza più armoniose. La comparsa di un medico mette fine all'armonia del paziente che si sente interiormente incerto, se questi lo vedrà, se dovrà salutare o alzarsi ecc. In breve egli descrive la tensione crescente che nasce nel momento in cui cominciano i confronti: grande/piccolo, significante/insignificante. Il medico sopraggiunto ha infatti un aspetto imponente.

Il signor Erich Y racconta poi che la sua tensione si è allentata quando mentalmente si è messo allo stesso livello umano con il medico che era entrato, da uomo a uomo. Descrive quindi il suo oscillare tra poli estremi.

[*Riflessione*]. Mi preme chiarire ulteriormente il forte desiderio inconscio di esempi di scambi intimi; ricorro quindi a modelli genetici precoci di interscambio e al sogno.

ANALISTA: Sì, qui il sogno è un'immagine rovesciata, qui siete due cuori e un'anima. Non c'è alcuna tensione, lui prende la sua gomma da masticare, e lei prende quella di lui. Ciò che l'altro ha in bocca, ha in bocca anche lei. È come tra padre e figlio o tra madre e figlio, quando la mamma mette qualcosa in bocca, dice che è buono e lo mette nella bocca del figlio.

PAZIENTE: A questo punto persino nel sogno mi sono fermato e non riuscivo a convincermi. Sono tornato indietro e ho guardato ancora se era vero, se aveva effettivamente la gomma da masticare.

ANALISTA: Sì, ed è interessante notare che lei all'inizio ha detto, forse per una forma di vergogna, che non lo sapeva più con esattezza. Poteva anche essere del gelato che si scioglie. Qualcosa che non si può mettere due volte in bocca. Solo dopo è arrivato alla gomma, come se in un primo tempo avesse sentito il bisogno di dirmi che si trattava di una cosa più igienica. La gomma da masticare è, per così dire, qualcosa di più intimo, uno mette in bocca qualcosa che l'altro ha già tenuto in bocca. Lei come la vede?

PAZIENTE: Così, esattamente così.

Il paziente ora descrive anche la sua resistenza, già presente nel sogno. Anche se il signor Erich Y fosse d'accordo con me solo per cortesia, le sue idee spontanee dimostrano che ho indovinato i suoi desideri inconsci. Nelle interpretazioni seguenti tento

di rafforzare la relazione oggettuale orale per materializzare lo scambio verbale, e metto decisamente al centro le relazioni con l'oralità per arricchirlo emozionalmente. Il signor Erich Y tenta temporaneamente di smorzare nuovamente i suoi desideri:

PAZIENTE: Ci sto ripensando. Santo cielo, sentimenti del genere! Che in me si risvegli una cosa simile! Cosa penserà lei di tutto questo?

ANALISTA: Penso che ciò non le sia capitato per caso, ma che lei cerchi qualcosa che ha il caporeparto. Anche qui funziona così, quando ci parliamo. Non si tratta quindi di gomma da masticare, ma di qualcosa che interessa la bocca e la relazione che si crea con le parole che volano da qui a lì e che collegano. Che cosa le viene ancora in mente a questo riguardo? Ci sono forse altre fantasie? In tal caso abbia il coraggio di dirle, e non sia così spaventato, per amor di Dio.

PAZIENTE: In questo momento mi sento distratto.

ANALISTA: Da che cosa?

PAZIENTE: Sono diventato di nuovo teso (*comincia a tremare*).

ANALISTA: Già, mi sono proprio intromesso. Ma com'era questa distrazione dal punto di vista emotivo?

Ora il signor Erich Y ricomincia a parlare del sogno, e sembra che il caporeparto e io si formi un'unità. Dice: «A questo punto mi sono fermato persino nel sogno e non riesco a capire. Sono tornato indietro per guardare se veramente aveva in bocca una gomma.» Il mio accenno alla sua vergogna, che portava a un'interruzione, lo incoraggia a dare uno spazio maggiore al suo intenso desiderio del padre. Già da un po' di tempo pensavo che il paziente avesse subito una seduzione omosessuale durante l'adolescenza, e presumo che sia turbato, nel transfert, dal contenuto del sogno. Faccio quindi notare che lo scambio insolito e sconveniente avvenuto nel sogno è una cosa abituale e naturale tra bambino e madre, o padre, e che questa naturalezza continua anche nella sessualità degli adulti. Descrivo intenzionalmente l'oralità nelle sue linee generali.

PAZIENTE: Vede, quando lei dice queste cose divento di nuovo inquieto, come se qualcosa si opponesse.

ANALISTA: Sì, sembra quasi che con queste parole la mia lingua e la mia gomma da masticare penetrino nella sua bocca, diventando così un membro intermedio.

PAZIENTE: Sì, credo che questi suoi pensieri possano essere i miei e che lei possa scoprire la mia depravazione e considerarmi un perversito.

ANALISTA: Già. Sentire il suo intenso desiderio del padre rappresenta per lei quasi un teitore, come fosse perverso.

PAZIENTE: Le ho già raccontato che un ragazzo una volta mi ha mostrato tutte queste cose.

ANALISTA: Ciò che ha fatto intorno al suo ano.

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: E volle anche che lei mettesse il suo pene in bocca, o no?

Il paziente racconta che allora non si arrivò al rapporto orale e nemmeno alla masturbazione reciproca.

La sua esitazione mi fa supporre che l'intimità legata inconsciamente alla perversione lo renda insicuro, e a questo proposito ho pronunciato espressamente questa parola. Mi preme attenuare la sua angoscia che possano essere perversi i desideri orali di cui ha infiorato il suo racconto nel corso della seduta. Per questo motivo metto in rilievo la naturalezza di tali desideri nella relazione del bambino con i genitori. In questa occasione risulta inoltre chiaro come il comportamento reale della moglie rafforzi i suoi sentimenti di colpa e le istanze che inibiscono i suoi impulsi libidici.

Dalla rievocazione dei suoi bisogni durante l'adolescenza il signor Erich Y ritorna al presente, che fornisce il residuo diurno nella formazione del sogno. La sera pre-

cedente era stato attratto da una scena erotica di un film visto in televisione: un uomo osservava dal buco della serratura una donna che si stava spogliando. Sua moglie era in un'altra parte dell'appartamento ed egli temeva che potesse scoprirlo.

[*Riflessione*]. Come tante altre volte, la moglie funge qui da rappresentante di figure superegoiche inibitrici. Il suo comportamento effettivo facilita questa attribuzione; risultano quindi inevitabili delusioni e conflitti reali. Presumo che il rifiuto della moglie rafforzi il suo desiderio del padre o, detto in altro modo, che il residuo diurno e l'ulteriore rifiuto reale della moglie abbiano dato avvio a una regressione da una forma eterosessuale a una forma omosessuale di relazione, in cui l'uomo assume al tempo stesso una funzione materna (regressione orale). A livello onirico latente viene rappresentato un rapporto orale.

Avendo in mente i miei sentimenti controtransferali e la mia riflessione, interpreto questa connessione nel modo seguente: «Sì, potrebbe essere così. Lei non ha avuto la possibilità di dare un'occhiata più precisa, e allora si è consolato nel sogno.»

[*Commento*]. Desideriamo porre in rilievo che questa seduta non illustra soltanto un *controtransfert complementare*, ma è anche interessante per il concorso dei sintomi corporei. Queste osservazioni sulla genesi attuale permettono di farsi un'idea delle relazioni psicodinamiche. L'analista tenta di avvicinarsi il più possibile ai bisogni corporei tramite analogie con lo scambio verbale e quello fisico. Certamente così non ci si avvicina al corpo, inteso come oggetto della medicina biologica, bensì all'immagine corporea, al visuto collegato al corpo di un individuo.

### 3.3 *Retrospezzività (Nachträglichkeit)<sup>1</sup> e fantasiare<sup>2</sup> retrospezzivo*

L'esempio seguente, riportato dal trattamento del signor Erich Y, si riferisce al vasto tema che dà il titolo a questo paragrafo. È ovvio che non possiamo far conoscere al lettore tutti i problemi impliciti nel titolo, limitandoci a queste brevi informazioni su un caso. Per potersi addentrare nella relazione tra il signor Erich Y e il suo analista è necessario conoscere alcuni aspetti della teoria al cui contesto appartengono i concetti di *retrospezzività*

<sup>1</sup> [*Nachträglichkeit*: d'accordo con gli autori e dopo un'approfondita discussione con Thomä e Cheshire (marzo 1992), abbiamo deciso di tradurre con *retrospezzività* (sostantivando l'aggettivo retrospezzivo) o anche con *effetto retrospezzivo* o *attribuzione retrospezziva* di significato. Comunemente il termine viene tradotto nel senso letterale con *posteriorità* (vedi Laplanche e Pontalis, 1967; «Opere di Sigmund Freud», Boringhieri 1966-80). Gli autori, in linea con la concezione di Jung, vogliono sottolineare l'aspetto teorico concettuale del termine nel senso del «vedere indietro a posteriori» insito nell'atto di significazione come momento di riorganizzazione mentale legata alla scoperta di significati e alla loro attribuzione da un accadimento posteriore a uno anteriore. In tal senso è stato preferito a *retroattività* (vedi edizione spagnola) per mettere in rilievo l'aspetto del vedere indietro mentale che non comporta alcuna azione. Il concetto mi sembra molto affine a quello di *retrospezzione* di Henri-Louis Bergson, un termine che ho voluto evitare per non creare ulteriori complicazioni (vedi in particolare *La pensée et le mouvant* del 1934). Per un ulteriore approfondimento di questo tema si veda Thomä e Cheshire, 1991.]

<sup>2</sup> [Si è preferito «fantasiare», meno comune, a «fantasticare».]

e di *fantasiare retrospettivo*. Alla presentazione di questa seduta faremo seguire una digressione sul significato del termine *Nachträglichkeit* nel lessico freudiano.

La seduta 254 del signor Erich Y ebbe inizio fuori dallo studio, in un parco che raggiungemmo insieme parcheggiando le rispettive automobili a una certa distanza l'una dall'altra. Egli urtò il paraurti di un'auto già parcheggiata, cosa che notai da lontano.

L'incidente dapprima viene passato sotto silenzio dal signor Erich Y. La seduta inizia con il racconto di un sogno il cui punto centrale era una conduttura difettosa dell'acqua e le relative conseguenze. Dopo la chiusura della conduttura, controllando il guasto risultò che il tubo nella parete era stato intaccato o staccato da una sega per una lunghezza di circa venti centimetri; il muro di copertura aveva nascosto a lungo il guasto.

Il paziente mette in evidenza che, nel sogno, aveva valutato il guasto in modo tranquillo e adeguato dato che, certamente, non si trattava di casa sua: in tal caso infatti avrebbe trasformato questo piccolo inconveniente in qualcosa di grosso, attribuendo al guasto un'enorme importanza.

Immediatamente vedo nel sogno una rappresentazione di sé: effettivamente il paziente allora era molto occupato con la ristrutturazione della sua casa, aveva messo dei tubi nuovi ed eseguito dei lavori di riparazioni alle condutture. Fantastico sulla sua immagine corporea, e vedo nella conduttura dell'acqua una rappresentazione del sistema urogenitale, i cui guasti si manifestano nelle dismorfofobie del paziente, come nella sua idea di avere un mento troppo piccolo e in altre idee. Mi fermo inizialmente al livello offerto dal paziente e concludo che egli continua a vivere le piccole imperfezioni come fossero enormi (a causa dell'autoriferimento e delle relative fantasie inconse).

Mi limito a una ripetizione che drammatizza l'enormità del danno vissuto: «Per quanto riguarda offese e ferite si tratta, da sempre, di essere o non essere e anche della sua integrità fisica, naso storto, pene piccolo e attacchi, danni, ferite.»

Il signor Erich Y amplia le mie allusioni con analogie che lo portano infine all'incidente nel parcheggio: «Con il mio paraurti ho urtato il paraolpi di gomma di un altro, l'ho urtato leggermente. È venuta via solo un po' di polvere, me ne sono accorto scendendo dalla macchina, e perciò non mi sono avvicinato. Ora penso che anche lei mi abbia visto, e mi viene in mente l'allusione a una coscienza sporca, dal momento che me ne sono andato via.»

Davanti ai miei occhi ha ingrandito il danno nel suo vissuto. Si può supporre che per lui anche simili lievi urti segnalino inconsciamente gravi collisioni, perché è sotto un alto potenziale aggressivo. È per questo che si sente immediatamente osservato e castigato.

Parliamo della sua personale capacità di giudizio e del fatto che, nonostante questo, abbia sempre bisogno del beneplacito altrui e di sentirsi dire che tutto è in ordine. Il grande danno del sogno, con il suo sfondo inconscio, viene messo in rapporto con il comportamento inoffensivo e la sua coscienza sporca.

Il signor Erich Y allarga il tema descrivendo a lungo la sua dipendenza dalle approvazioni. Ma c'è un'altra dimensione, la sua ostinazione e il suo perfezionismo nell'esecuzione del lavoro, alla cui pianificazione e realizzazione non fa partecipare nessuno; non ne mette al corrente neanche la moglie.

[*Riflessione*]. Il suo perfezionismo è considerato una riparazione del danno continuamente emergente vissuto come vittima nel proprio corpo, e del danno compiuto da lui stesso. Anche se le intenzioni inconse non raggiungono la loro meta, per

l'intervento inibitorio dei processi di difesa, bastano comunque pensieri e fantasie inconse a creare una cattiva coscienza e ad esigere riparazioni. Le sue molteplici formazioni reattive – come anche gli sporadici attacchi di rabbia – sono un indice del suo alto potenziale di aggressività che deve essere tenuto sotto controllo.

Nell'interpretazione seguente metto al centro la parola «graffio» e stabilisco una relazione con il sentimento corporeo del paziente (vedi 5.2).

ANALISTA: Se da qualche parte c'è un graffio, allora è come se il danneggiato fosse lei; lei è la vittima, e non può farci nulla. Maggiore è il danno che vive su sé stesso, maggiore è anche la rabbia. Questo si potenzia reciprocamente, come la volta che le ho procurato un graffio con la richiesta di aumento dell'onorario a sue spese... Tutto questo è successo nei sogni... Poi tutto dev'essere nuovamente riparato.

PAZIENTE: Sì, questa perfezione. Già stamattina ho avuto lo stesso pensiero. Ma perché questi danni esterni o quello che capita, lo sento subito riferito a me e al mio corpo con effetti così profondamente coinvolgenti, senza che riesca a percepirli e ad avvertirli prima?

ANALISTA: Ecco, consideri il danno che subisce nel sogno. La conduttura corporea dell'acqua è l'urinare, e si diventa ipersensibili se si è colpiti in questo. Tutto questo ha a che fare con il tubo dell'acqua, con la casa, che siamo noi stessi, e qualche malintenzionato nel sogno è andato a segarlo, fino a tagliarlo.

PAZIENTE: È stato installato già guasto.

ANALISTA: Installato già guasto, ecco.

[Riflessione]. Tra la comunicazione da parte del paziente dell'installazione del tubo guasto e la mia ripetizione che rafforzava i suoi pensieri, ho avuto un'idea guidata dalla teoria: il paziente con la sua fantasia inconscia pensa di essere stato danneggiato già nell'utero, pensa che qualcosa sia andato storto già nel suo concepimento. Sono molto sorpreso che riporti ora un ricordo mantenuto *retrospettivamente* (*nachträglich*) vivo dai ripetuti racconti della madre, quello della deformazione della sua testa al momento della nascita. Fa fantasie retrospettive, risalendo all'inizio della vita, sul suo disturbo dell'immagine corporea, in particolare sulla deformazione della testa. Vedo questa fantasia regressiva come un tentativo di creare uno *status quo ante*, nel senso di Balint di riacquisire la condizione pretraumatica. Si tratta di un nuovo inizio nella fantasia; il paziente infatti porta ulteriori associazioni che sono espressamente in relazione con la prima lesione.

Il paziente riprende la mia ripetizione «installato già guasto» e aggiunge:

PAZIENTE: Come ho detto, il difetto era già presente nella costruzione, è in fondo, e da qui viene il confronto con il parto. Mia madre diceva che era stato un parto molto difficile. Dovettero tirarmi fuori col forcipe, ed è stata una cosa così difficile che la mia testa si è deformata.

ANALISTA: Vale a dire che qualcosa venne creato e prodotto già deformato.

PAZIENTE: All'origine (*lunga pausa*). È molto comico, come se io giacessi nel ventre di mia madre, in quella cavità. Ma tutto è così pulito, così puro, così armonioso. E poi c'è subito il salto di un paio di anni più avanti, andavo all'asilo, prima dello scoppio della guerra. Così arriva il primo danno. Non so se l'ho già raccontato qualche volta, giocavo con mio fratello dietro la casa, nella fattoria. C'era un prato ripido e in giro c'erano anche delle macchine agricole. Ho lasciato andare i freni di un carro a rastrelliera che incominciò a rotolare giù e investì mio fratello, che per fortuna giocava in un grande buco del pollaio, così che il carro gli passò sopra senza colpirlo.

ANALISTA: Ehm, fu solo graffiato. Il carro...

Il paziente descrive inoltre come il carro volò giù per il pendio e si fermò in una rimessa, dove l'urto causò parecchi danni.

La vivida descrizione del paziente risveglia in me ricordi abbastanza analoghi della mia infanzia. L'intensità del mio fantasiare retrospettivo è così forte che non mi soffermo sui danni materiali menzionati dal paziente né sul tumulto da lui sollevato. Do un'interpretazione mediata dal controtransfert, che si collega direttamente alla descrizione del paziente.

ANALISTA: Cosicché per poco uccideva il fratello. Sarebbe stato un fratricida, Caino e Abele.

Dopo una pausa piuttosto lunga, il paziente scopre un altro lato nella sua visione retrospettiva.

PAZIENTE: In qualche modo sono stato una specie di piccolo eroe che a tre o quattro anni di età combina già cose del genere.

ANALISTA: Già, lei è capace di mettere in moto tante cose. E poi si è anche felici e contenti se le cose vanno bene e si dice che non è stato grave. È successo così anche stamattina, mi avrebbe coinvolto volentieri come testimone del fatto che non c'era stato alcun danno, che non era successo niente, che il danno fatto era riparato, il danno fatto da lei e anche il danno non commesso realmente, nonostante credesse di esserne l'autore.

Dalla sua osservazione di essere stato considerato un piccolo eroe, deduco di aver preteso troppo da lui con la mia interpretazione di Caino e Abele, condizionata dal controtransfert. È chiaro che per oggi ne ha abbastanza di emozioni intense, e dedica il resto della seduta a raccontare avvenimenti più superficiali, danni avvenuti durante la sua vita di adulto.

[*Visione retrospettiva (dettata subito dopo la seduta)*]. La mia fantasia sull'origine del danno «immaginario» del paziente si è incontrata con la rappresentazione, mantenuta viva dalla madre, secondo cui il danneggiamento della sua testa risaliva alla nascita. Per fortuna non ho detto niente. Grande è stata la mia sorpresa che il paziente non parlasse a lungo del suo difficile parto con il forcipe, ma si dedicasse alla descrizione della situazione armoniosa nel ventre materno.

In questa seduta abbiamo la possibilità di vedere varie cose; il nuovo inizio e il ritorno allo stato armonioso precedente il trauma primario, che il paziente descrive come trauma della nascita. Il suo vissuto e la mia sorpresa sono simultanei, la questione è chi ha cominciato a fantasiare per primo, il paziente o io? Molto importante è anche lo scatenarsi delle sue idee riguardo il recente evento al parcheggio, prima della seduta. Infine mi sono immedesimato col paziente e con la rivalità con suo fratello, che mi era già nota, e nel fantasiare retrospettivo ho rivissuto i miei ricordi personali, che mi hanno motivato a dare l'interpretazione di Caino e Abele, condizionata dal controtransfert.

[*Commento*]. L'analista curante ha messo in evidenza di aver ceduto a un controtransfert concordante, con un riassunto dettato immediatamente dopo la seduta e con i commenti scritti successivamente. Ha partecipato al fantasiare retrospettivo del paziente e ha ricordato analoghi vissuti della sua infanzia. È significativo che questa induzione reciproca sia formata da idee che fanno parte dell'euristica psicoanalitica, e che pertanto hanno origine nella mente dell'analista oltre che nella sua affettuosa empatia.

[*Note sulla retrospettività (Nachträglichkeit)*]. L'espressione *nachträglich* (suc-

cessivo, posteriore, qui *retrospettivo*) e la sua forma sostantivata *Nachträglichkeit* (retrospettività) furono utilizzate spesso da Freud in relazione con la sua concezione della temporalità e della causalità psichica. Già in una lettera a Fliess del 6 dicembre del 1896 egli scrive: «Sto lavorando all'ipotesi che il nostro meccanismo psichico si sia formato mediante un processo di stratificazione: il materiale di tracce mnestiche esistente è di tanto in tanto sottoposto a una nuova *risistemazione* in base a nuove relazioni, a una sorta di *riscrittura*.» Laplanche e Pontalis (1967) sono dell'opinione che «tutti i fenomeni che si incontrano in psicoanalisi siano contrassegnati dalla retroattività, anzi dall'illusione retroattiva. Jung per esempio parla di fantasmi retroattivi (*Zurückphantasieren*): secondo lui, l'adulto reinterpreta il suo passato nei fantasmi che costituiscono altrettante espressioni simboliche dei suoi problemi attuali. In tale concezione la reinterpretazione è per il soggetto un mezzo per sfuggire in un passato immaginario alle "richieste della realtà" presente». Senza contestare questa opinione, Laplanche e Pontalis rilevano che la concezione freudiana della *retrospettività* è molto più precisa: non è il vissuto a essere rielaborato posteriormente come un tutto ma, in modo selettivo, ciò che, al momento di essere vissuto, non ha potuto essere integrato totalmente in un *nesso significativo*. Il modello di un vissuto simile sarà l'*evento traumatizzante*. Freud (1914b, p. 575) ha fatto propria l'idea del fantasiare retrospettivo, e l'espressione appare più volte nei suoi scritti:

Ammetto che questo è il problema più spinoso di tutta la dottrina analitica. Non ho avuto bisogno delle sollecitazioni di Adler o di Jung per esaminare criticamente la possibilità che quelle esperienze che la psicoanalisi afferma vissute dai bambini – in età inverosimilmente tenera! – e poi dimenticate, siano fondate, piuttosto, su fantasie costruite in occasioni posteriori (...) Nulla, al contrario, mi ha mai turbato più di questo dubbio, e nessuna incertezza mi ha mai trattenuto più di questa dal pubblicare le mie conclusioni. E sono stato anzi io il primo, ciò che nessuno dei miei avversari rammenta, a riconoscere la parte che hanno le fantasie nella formazione dei sintomi, come anche a porre in rilievo quel processo del «fantasticare retrospettivo» per cui impressioni ulteriori vengono proiettate su avvenimenti della prima infanzia che vengono, così, ad essere sessualizzati a posteriori.

Presumiamo che questa citazione sia sufficiente a produrre nel lettore una profonda impressione. Possiamo comunque condividere l'entusiasmo dell'analista curante per il fantasiare retrospettivo e per la riscoperta della retrospettività come una delle idee guida più brillanti di Freud. Il fatto che Strachey abbia tradotto questa espressione con *deferred action* (azione differita) ebbe certo numerose conseguenze. Richiamandoci a ciò che abbiamo esposto nel primo volume (1.4) desideriamo rilevare, seguendo le argomentazioni di Wilson (1987), che Strachey non ha reinventato Freud, e che la situazione attuale della psicoanalisi non può essere ridotta alla trasposizione dell'opera di Freud, nella *Standard Edition*, nel linguaggio scientifico anglo-americano di Strachey. Il fatto che Strachey abbia tradotto *Nachträglichkeit*

con *deferred action* è qualcosa di più di uno dei tanti errori che ora vengono segnalati dappertutto, come osservano Thomä e Cheshire (1991). La concezione freudiana di «retrospettivo» non può essere ridotta al concetto di azione differita. Lasciamo in sospeso quali effetti possa avere questa traduzione che ne travisa il senso sulla comprensione dell'opera freudiana nell'ambito linguistico angloamericano. Anche nei Paesi in cui è stato utilizzato il testo originale tedesco, il percorso ha portato inarrestabilmente dal *fantasiare retrospettivo* al *retrodatare* le condizioni della formazione dei disturbi psichici e psicosomatici fin dalle prime sedute e anche prima. Il concetto di retrospettività non permette di ridurre la storia del soggetto a un determinismo lineare che prenda in considerazione solo l'influenza del passato sul presente. La tendenza a retrodatare sempre più le cause dei disturbi psichici è diventata più accettata nel corso di questo decennio, come se il destino dell'uomo fosse già deciso nei primi mesi di vita o addirittura nella vita intrauterina, beninteso non in base al codice genetico o ai fattori ereditari, ma per presunte influenze dell'ambiente. Qui si tratta di una tendenza universale indipendente dalla lingua e dalle traduzioni, presente anche là dove il significato della retrospettività è stato recepito pienamente, come per esempio da Lacan, che ha collegato l'idea di Freud con la filosofia della temporalità di Heidegger. Il *fantasiare retrospettivo*, che torna indietro fino all'inizio della propria vita e serve alla scoperta di sé stessi, è un tema affascinante delle fiabe e dei miti che vivono in noi.

Dunque il semplice *fantasiare retrospettivo* concordante ha un contesto ricco di significato. Il processo di conoscenza dell'analista è associato a numerosi presupposti, non tutti a lui presenti nel corso della stessa seduta. Probabilmente è quello che è successo nella seduta riassunta sopra, che si è sviluppata con grande ricchezza di sentimenti e senza eccessivo intellettualismo (per l'azione differita vedi anche Thomä e Cheshire, 1991).

### 3.4 *Rendere il paziente consapevole del controtransfert*

Modelli di base biologici congeniti implicano che intense scene erotiche o aggressive trovino nell'analista un'involontaria risonanza psicofisiologica, specialmente quando egli è coinvolto nel transfert. La sintonia con le scene descritte dal paziente provoca nell'analista stati d'animo la cui qualità si estende in un ampio spettro. Già nel 1913 Max Scheler nel suo libro *Zur Phänomenologie und Theorie der Sympathiegeföhle und von Liebe und Hass* (Fenomenologia e teoria dei sentimenti di simpatia, amore e odio) richiamò l'attenzione sulla referenza oggettuale primaria e sulla natura bipersonale di questi processi, profondamente radicati nel corpo (vedi Scheidt, 1986). Dal punto di vista psicoanalitico l'attenzione è rivolta alle forme primarie inconscie di questi fenomeni. Non c'è bisogno di dati di misura fisiologici per

notare nel controtransfert che l'identificazione parziale con il vissuto del paziente ha un effetto attivante. Da un lato ciò dipende dal tipo di scene, e dall'altro dalla disposizione generale dell'analista a reagire o dalla sua specifica capacità di risonanza. Di conseguenza nell'analista si producono, fondamentalmente, tutte quelle reazioni affettive che fanno parte della natura dell'*Homo sapiens* e che Darwin, Freud, Cannon e Lorenz tentano di spiegare con le loro teorie degli affetti e delle pulsioni.

I compiti e i doveri professionali implicano che i sentimenti di simpatia, amore e odio compaiano nel controtransfert in forma attenuata. L'analista deve stare, per così dire, su una gamba sola in quella data scena, mentre con la gamba del professionista, e anzitutto con la testa, deve stare, citando le parole di Schopenhauer, «nel territorio della pacata riflessione», per poter offrire il suo aiuto e la sua conoscenza. Anche se qui non è possibile discutere sulla natura pulsionale dell'essere umano – inesauribile tema interdisciplinare tra psicoanalisi e antropologia filosofica, come mostra il lavoro di Marquardt (1987) – nessuno può comunque dubitare che anche gli analisti siano soggetti a tale natura. La loro sensibilità per le fantasie sessuali o aggressive è persino maggiore, giacché sono stati addestrati a percepire i più piccoli segnali emessi ancora inconsciamente dal paziente.

È ovvio che tutti i pazienti sanno, implicitamente, che anche il loro analista è soggetto alle leggi biologiche. I problemi tecnici iniziano con l'interrogativo di come si riconosca se l'analista è toccato dalle fantasie sessuali e aggressive dei suoi pazienti, così come ogni altro essere umano. Senza tale riconoscimento della dimensione bipersonale delle emozioni, il paziente viene imbrogliato. Finora il suo senso comune si era orientato sull'esperienza che ora mette in questione: in genere, se esiste una relazione tra due esseri umani, le emozioni dell'uno non lasciano l'altro indifferente. Perlomeno in modo vago, il paziente avverte qualcosa del controtransfert del suo analista, e ha bisogno della sua risonanza emotiva e della lucidità della sua mente. Riconoscere tale tensione protegge da quei numerosi vicoli ciechi che portano a una situazione di stallo o all'interruzione del trattamento. Di conseguenza noi riconduciamo il fallimento di molti trattamenti al fatto che il paziente che è segretamente convinto dell'inattendibilità del suo analista, apparentemente indifferente, lo sottopone a ripetute prove, fino a giungere a dimostrare tale inattendibilità. C'è un'ampia varietà di comportamenti di cui il paziente può servirsi a tale scopo. Reazioni non verbali spontanee, oppure interpretazioni che permettano deduzioni sulle curiosità personali dell'analista, servono al paziente come indizi per capire se l'analista sia eccitato sessualmente o aggressivamente. Ora la prova è acquisita, e l'analista non è più degno di fiducia. L'intensificazione delle fantasie di transfert aggressive e erotico-sessuali deriva quindi anche dai dinieghi dell'analista. Non è facile trovare una via d'uscita da questo vicolo cieco; è quindi raccomanda-

bile che l'analista riconosca fin dall'inizio la propria emotività e metta in chiaro le funzioni professionali che gli permettono di avere reazioni affettive meno intense. Se si concede al paziente di dare un'occhiata alle riflessioni dell'analista che lo riguardano, per esempio al contesto che motiva le interpretazioni, la sua curiosità per le questioni personali diminuisce. Secondo la nostra esperienza, non è poi difficile per il paziente rispettare la vita privata dell'analista e tenere a freno la curiosità per gli aspetti personali e privati del suo umore e dei suoi pensieri. Per il paziente è di enorme sollievo che l'analista non reagisca intensamente come le persone con le quali era, o è tuttora, in forte coinvolgimento emotivo. Le reazioni attenuate dell'analista, consentite dalle sue conoscenze professionali, permettono al paziente di fare nuove esperienze. L'analista ha quindi superato la prova in un modo terapeuticamente efficace, invece di trasformarsi in una persona inaffidabile con un'astinenza e un anonimato mal compresi e innaturali, scatenando così il circolo vizioso sopra schematizzato.

Consideriamo ora alcuni dettagli. Che cosa significa il controllo del controtransfert, che Ferenczi (1919) vede in continua oscillazione tra libero gioco della fantasia ed esame critico? Che cosa intendono gli analisti quando parlano del loro rapporto con il controtransfert? Senza dubbio è diverso parlare a posteriori di questo o quel sentimento nato come reazione durante la seduta, che viverlo di fronte al paziente. Si tratta precisamente di come l'analista gestisce il fatto di essere esposto a moltissimi stimoli. Quella di analista sarebbe davvero una professione impossibile se tutti i desideri sessuali e aggressivi arrivassero irrimediabilmente alla loro meta tenendo l'analista completamente soggiogato. Per quanto intensi possano essere il coinvolgimento e lo scambio emotivo, è proprio la riflessività dell'analista a far sì che le emozioni del paziente lo raggiungano solo in forma attenuata. Certamente egli è il bersaglio degli intensi desideri sessuali, delle disperate grida di aiuto o della scarsa valutazione del paziente, e ne è coinvolto e toccato. L'intensità dei suoi vissuti è mitigata per varie ragioni; la conoscenza dei problemi di transfert comporta una certa protezione. L'amore, l'odio, la disperazione, lo stato d'impotenza originariamente erano distribuiti fra parecchie persone. Immedesimandosi con il paziente, l'analista non è più la vittima passiva della sua cinica critica; può partecipare allo sfrenato sadismo del paziente e trarre un appagamento spirituale dalla chiarificazione di questo modo di comportarsi. La pacata riflessione, che può essere accompagnata da un intenso piacere intellettuale nello scoprire la distribuzione dei ruoli, crea una distanza del tutto naturale rispetto alla vicinanza del momento.

Il lettore noterà forse con sorpresa che noi vediamo in ciò un processo naturale che non ha nulla della scissione, ma che neppure provoca una continua sublimazione. Non occorre dimostrare ulteriormente che i problemi del controtransfert si risolvono attraverso la via da noi schematicamente

segnalata, e non attraverso sublimazioni. Gli analisti si sentirebbero spossati e incapaci di lavorare dopo un breve periodo, se dovessero sprecaire le loro energie nella scissione dell'Io o in sublimazioni.

Ecco perché è la cosa più naturale del mondo che in determinate situazioni il paziente arrivi a sapere – o debba sapere – quali tipi di controtransfert ha suscitato nell'analista. L'analista non ha niente di inconfessabile da nascondere, né tanto meno può opprimere il paziente con i propri conflitti, o portare ad esempio episodi della propria vita. Spesso degli amichevoli colloqui di consultazione, per i più svariati motivi, prendono una strada tale che alla fine entrambi i partecipanti si confidano. Anche molti medici credono di poter confortare i pazienti, in occasione delle visite, con racconti di come sono riusciti personalmente a vincere malattie e avversità della vita. Pur essendo essenziali, in ogni forma di psicoterapia, le identificazioni o l'apprendimento basato su modelli, è d'altra parte determinante aiutare il paziente a trovare da solo le possibili e adeguate soluzioni dei problemi. Se un paziente rinnega ciò che naturalmente sa, che anche gli analisti sono soggetti al destino umano, esistono vie di chiarimento più proficue delle confessioni, che, anche se piene di buone intenzioni, sono più nocive che utili.

È una caratteristica di tutti gli stati di sofferenza – specialmente di quelli psichicamente determinati o multideterminati – la comparsa di un senso di abbandono, almeno nell'ambito dei sintomi. Il paziente (il «sofferente») si lamenta di disturbi che invadono la sfera psichica o partono dal suo corpo e nei confronti dei quali si sente impotente. Spesso queste lagnanze diventano accuse indirette, specialmente in tutte le malattie psichiche e psicosomatiche, dove si accusano i genitori o altri familiari. Per non essere fraintesi, affermiamo che bisogna prendere sul serio le lagnanze e le accuse su ciò che è accaduto e ciò che è stato fatto a una persona. La dipendenza del bambino, che si protrae per lunghi anni, presenta una netta suddivisione tra potere e impotenza. Nella lotta per la sopravvivenza anche la vittima impotente trova mezzi e vie per affermarsi. La teoria psicoanalitica offre una quantità di modelli esplicativi che facilitano la comprensione terapeutica, specialmente di quei punti che sono inconsci al paziente stesso. Il denominatore comune che collega tra loro questi punti si trova nelle influenze inconse che il paziente stesso esercita, indipendentemente da ciò che gli è stato fatto.

La nostra esposizione giustifica la necessità che, in determinate circostanze, si comunichi al paziente il controtransfert. Teoricamente questa comunicazione è necessaria per l'evoluzione della teoria delle relazioni oggettuali verso una psicologia bipersonale. La consapevolezza del controtransfert ha una grande importanza terapeutica soprattutto per i pazienti che rimangono ciechi di fronte alle conseguenze che le loro comunicazioni verbali e non verbali, i loro affetti e le loro azioni hanno sugli altri e sull'analista. È

persino probabile che alcune interpretazioni di transfert, che creano una certa distanza, stimolino il paziente a rendere finalmente umano il suo oggetto, mettendo così alla prova i limiti del proprio potere. Nel parlare esplicitamente della partecipazione del paziente al controtransfert dell'*analista*, desideriamo mettere in rilievo che questo rientra solo parzialmente nell'ambito funzionale e formale del paziente. Proprio per il fatto che l'analista non partecipa pienamente, ma entra in gioco con tutta serietà nel modo prima descritto, il paziente scopre gli aspetti inconsci delle proprie intenzioni. Gli psicoanalisti di pronto intuito, che hanno il coraggio di esporre anche in pubblico le proprie esperienze, hanno sempre saputo che questo genere di partecipazione non ha nulla a che vedere con confessioni relative alla vita privata. A proposito del controtransfert, poi, è fuori luogo parlare di confessioni e ammissioni. Simili definizioni appesantiscono l'approccio naturale al controtransfert, dal momento che non si tratta di una confessione dell'analista di fronte al gruppo dei suoi colleghi, né di una sorta di confessione personale al paziente. Ce ne siamo occupati nel primo volume (3,5). Permettere eventualmente al paziente di prendere parte al controtransfert è, a nostro avviso, conforme a un processo di così grande importanza da aprire nuove prospettive terapeutiche e approfondire la conoscenza.

Forse la nostra esposizione può contribuire a mitigare lo shock che tuttora provoca la franchezza con cui Winnicott (1949, p. 240), Little (1951) e Searles (1965) descrissero i loro controtransfert. In modo inequivocabile, Winnicott afferma:

In certe fasi di certe analisi, l'odio dell'analista è effettivamente richiesto dal paziente, e diventa allora necessario un odio che sia oggettivo. Se il paziente cerca un odio oggettivo o giustificato, bisogna che possa ottenerlo, altrimenti non potrà sentire di poter ricevere un amore oggettivo.

Presenteremo ora due esempi che mettono in evidenza come la partecipazione del paziente al controtransfert può avere un effetto salutare.

#### 3.4.1 *Controtransfert erotizzato*

Verso la fine di un'analisi durata parecchi anni, la paziente Rose X, dopo aver esitato a lungo, suscitò la mia sorpresa con una domanda diretta riguardo alla mia reazione di fronte alla sua sessualità. Le fantasie e i vissuti sessuali avevano sempre avuto un ruolo importante. Un «transfert a prima vista», un'intensa erotizzazione, con relativi evitamenti e inibizioni, aveva caratterizzato l'analisi per molto tempo. Le delusioni, l'angoscia di separazione e le tensioni aggressive apparse assieme ai desideri sessuali formavano un intreccio spesso difficile da districare nelle sue componenti.

Dall'età di undici anni presentava un'intensa angoscia nevrotica e periodi di anoressia. Da ragazza, specialmente durante la pubertà e l'adolescenza, si era sentita sola con i suoi sentimenti e le sue rappresentazioni sessuali. La mia riservatezza e la situazione psicoanalitica riattivarono questi sentimenti di essere abbandonata, specialmente in alcuni aspetti della relazione con il padre. Questi era stato a lungo

molto tenero con la bambina, ma all'inizio della pubertà si era ritirato evitando le sue domande sul «senso della vita». Da un lato non capiva il cambiamento del suo comportamento, dall'altro lo collegava al proprio sviluppo sessuale.

In questo retroscena il «transfert» e gli aspetti realistici della relazione psicoanalitica erano particolarmente tesi. La signora Rose X era spesso spinta a farmi delle domande, espresse perlopiù in modo indiretto, sulle mie reazioni personali e sulle mie esperienze intime. A posteriori riconobbi come, nella fase finale dell'analisi, avessi contribuito a questo senza volerlo. Mi sentivo proprio sollevato; la paziente infatti, nonostante l'intenso transfert positivo spesso erotizzato, si atteneva alla cornice concordata e rispettava i limiti, il cui fondamento psicosociale si radica da ultimo nel tabù dell'incesto. Riguardo a questo le mie interpretazioni retrospettive del transfert si riferivano alle sue delusioni edipiche e preedipiche, e alle loro nuove edizioni, che prendevano origine nel rifiuto del padre, il quale aveva evitato le sue domande sulla vita non rispondendole direttamente. Questo cambiamento di comportamento produsse un incomprensibile contrasto con i vezzeggiamenti quasi intimi che il padre aveva scambiato con la sua graziosa bambina fino al periodo prepuberale. Come figlia unica, era stata particolarmente esposta alle attenzioni dei genitori. Da piccola accettava piuttosto passivamente la sollecitudine del padre, che sotto molti aspetti assumeva anche il ruolo materno e si preoccupava di compensare i traumi da lei subiti nell'infanzia a causa di varie gravi malattie. La madre, superstiziosa e soggetta ad angosce isteriche, restò per tutta la vita interiormente dipendente dal proprio padre, rendendo difficile la propria vita matrimoniale e anche le sue attenzioni verso la figlia. Le delusioni subite dalla signora Rose X da parte della madre rafforzarono la sua ambivalenza e le relative tensioni aggressive, divenute inconscie, oltre a manifesti sensi di colpa di origine incerta. La relazione ambivalente con la madre permaneva parzialmente, in maniera tipica, nella sintomatologia.

Da questo riassunto psicodinamico si può facilmente dedurre che le interpretazioni di transfert retrospettive sulle recenti delusioni, legate a un'interruzione dell'analisi o a separazioni immaginarie, poterono prendere il loro avvio; le domande personali e concrete vennero accettate per molto tempo solo marginalmente, e probabilmente furono evitate anche per non disturbare la relazione. Spesso la signora Rose X dava a un tratto un'occhiata penetrante alla mia mimica e alle espressioni del mio viso e faceva allusioni che si riferivano, ad esempio, alla sua preoccupazione per il mio aspetto «serio». Poi ci scervellavamo sull'origine dei suoi sentimenti di angoscia e di colpa.

La conclusione del trattamento, di cui si era parlato, era ormai imminente. In questa fase aumentarono, assieme a quelle aggressive, anche le rappresentazioni sessuali, che si riferivano in gran parte retrospettivamente a fantasie (ad esempio sogni e sogni a occhi aperti) di cui la paziente non aveva potuto parlare in precedenza.

Dopo una critica al mio ruolo professionale quale «apparato psicoanalitico impersonale», la signora Rose X mi chiese direttamente come me la cavavo con le sue innumerevoli fantasie e insinuazioni sessuali, se fossi in realtà eccitato o se avessi immaginato per un momento una cosa simile. Si riferiva in particolare ai desideri e alle esperienze sessuali che avvertiva come piacevoli, scene in cui la propria esibizione stimolava l'uomo a una sessualità aggressiva. Ora voleva sapere ciò che io desideravo o immaginavo, e se le mie sensazioni fossero simili a quelle degli altri uomini.

In precedenza, quando erano emerse idee sessuali, specialmente quelle riferite alla mia persona, le avevo trascurate, considerandole pensieri concreti, o avevo chiesto chiarimenti e dato infine interpretazioni di transfert retrospettive o interpretazioni dell'aggressività latente nel comportamento attuale. In base a esperienze precedenti, al momento della fase finale di questo trattamento, arrivai alla conclusione che era

possibile e sensato far partecipare la paziente al controtransfert senza incappare in complicazioni e coinvolgimenti del ruolo professionale con quello personale; tale partecipazione poteva contribuire a chiarire e a tranquillizzare. All'inizio mi ero comportato in modo veramente riservato, come il suo padre reale, che era diventato impersonale e aveva tracciato dei confini dove, senz'altro, c'era ancora spazio per rapporti personali. Oppure, detto in altro modo, il padre della paziente, forse per la propria paura di oltrepassare il confine, si era improvvisamente chiuso nell'indifferenza, come avevo fatto io assumendo un atteggiamento impersonale al solo pensiero di possibili atti sessuali. In questo caso, nella relazione terapeutica, per la paziente dovettero coincidere l'esperienza reale con me e quella «traumatica» con il padre, in modo che nel suo vissuto non si poteva più distinguere il carattere di un «transfert» dall'esperienza reale.

Sullo sfondo di queste riflessioni formulai approssimativamente la seguente risposta, che divenne parte di uno scambio di pensieri che durò a lungo. Attenendomi alla verità, le dissi che i suoi pensieri e le sue fantasie, definiti da lei stessa eccitanti e conturbanti, non mi lasciavano impassibile; del resto, dalla sua esperienza di vita poteva capire che in sostanza non ero diverso dagli altri uomini. Una certa sintonia e un certo modo empatico di reagire emotivamente erano anche necessari, altrimenti non sarei riuscito a immedesimarmi nella sua situazione psichica, per poterne trarre le conclusioni e formulare le mie interpretazioni. Aggiunsi che un certo distacco dai miei desideri e dalle mie fantasie era necessario per la terapia; la mia gioia e il mio piacere non stavano nel trasformare le fantasie che nascevano in me in desideri o azioni, ma nel dare buone interpretazioni, possibilmente utili, che le fossero d'aiuto e che, alla fine, potessero portare il trattamento a buon esito. Ma era importante l'affermazione che sentivo qualcosa, che sviluppavo anche certe rappresentazioni sessuali in reazione alle sue fantasie. In un attimo completai ciò che avevamo scoperto e già percepito in una lunga fase della terapia ma che, tuttavia, non avevamo mai espresso in questo senso: ci stimolavamo reciprocamente, e anch'io, in certe occasioni, ero toccato dalla sua forza di attrazione erotica.

La signora Rose X fu sorpresa e sollevata da questa risposta. Immediatamente portò un'aggiunta a un sogno raccontato all'inizio della seduta, uno dei tanti a contenuto sessuale e aggressivo, che trattava dell'incontro con un uomo somigliante al padre e con una donna sconosciuta, ma anche del pericolo di un suo avvelenamento. Le prime associazioni furono sulla matrigna cattiva e sull'avvelenamento nella fiaba di Biancaneve. Dopo che le ebbi partecipato il mio controtransfert, seguirono ulteriori associazioni e anche interpretazioni da parte della paziente. Disse che si sentiva enormemente sollevata e che poteva manifestare più apertamente i contenuti sessuali finora taciuti; in questo modo la tensione diminuì, e aumentò il lavoro di interpretazione. Il sogno poteva essere compreso nel suo significato di simbolizzazione della condizione di figlia unica, vissuta in modo traumatico, con un padre eroticamente seducente ma al tempo stesso anche molto distante, e una madre che, in questo triangolo, si presentava piena di angoscia e sensi di colpa. Emotivamente la paziente si era sentita molto dipendente dalla madre e durante l'infanzia e la giovinezza si era occupata spesso della vita emotiva della madre. Questa morì di cancro durante l'analisi, un anno e mezzo circa prima della conclusione.

Questa interpretazione che non era nuova per ciò che riguardava il suo passato – si riferiva ad aspetti della relazione sia con il padre che con la madre ma era, innanzitutto, un riconoscimento della sua concreta richiesta di riuscire a farsi un'idea del mondo dei sentimenti e delle rappresentazioni dell'altro – per la prima volta apparve evidente alla paziente, perché aveva avuto luogo sullo sfondo di una nuova esperienza: apprendere qualcosa della mia interiorità e delle mie capacità di elaborazione. Tramite la mia affermazione la paziente poté arrivare al *riconoscimento* della propria sessualità, sensualità e corporeità; divennero inconsistenti i suoi dubbi su

che cosa potessero provocare in me le sue eccitanti fantasie; le mie interpretazioni che alla base si trovassero sensazioni umane la liberarono dal sentimento di essere impotente ed esclusa o di essersi resa colpevole. Nel corso delle sedute successive l'atmosfera del lavoro divenne chiaramente più distesa. Gli affetti traumatici di transfert poterono essere trattati più apertamente nella relazione ed essere risolti; l'analisi giunse così a un buon risultato.

#### 3.4.2 *Controtransfert aggressivo*

Presenteremo anzitutto il riassunto dei problemi della signora Linda X, e in seguito descriveremo l'acutizzarsi della costellazione transfert-controtransfert in una seduta precedente una lunga interruzione.

La prenotazione fu già inconsueta perché fatta dal medico della ditta, dove l'allora ventitreenne signora Linda X aveva completato un tirocinio come assistente tecnica farmaceutica. Non avrebbe mai fatto questo passo da sola, perciò un collega preoccupato si assunse non solo l'incarico di prenotarle la visita, ma insistette anche per accompagnarla al colloquio.

La signora Linda X attribuiva un grande valore all'ottenere un appuntamento dallo stesso analista che aveva ascoltato una volta a una conferenza. Timida, ansiosa e depressa, subito dopo i saluti disse che si aspettava di essere mandata via dopo pochi colloqui. Nel suo comportamento e nelle sue espressioni si rilevava un aspetto depressivo-ansioso, consolidatosi da circa dieci anni. Figlia minore in una famiglia di rigida morale sessuale, si ammalò durante la pubertà di anoressia, scatenata da alcune osservazioni mortificanti. L'annuncio del medico che avrebbe compensato la pericolosa perdita di peso alimentandola mediante una sonda la indusse ad alimentarsi in modo esagerato, producendo un rapido aumento di peso, da 36 a 80 kg. A diciassette anni frenava la sua voracità con farmaci anoressizzanti, che vennero sostituiti con psicofarmaci, dai quali era ormai dipendente da anni. Alternativamente assume vari derivati benzodiazepinici e altri tranquillanti, senza i quali si sentirebbe paralizzata dall'angoscia.

Per sfuggire alla solitudine e superare la sua paura delle relazioni, la signora Linda X appaga il suo intenso desiderio di tenerezza con brevi avventure sessuali, piuttosto indiscriminate e quindi pericolose. Tranne un momentaneo alleviamento del suo senso di solitudine e un sordo sentimento di vendicare così alcune negligenze dei genitori nei suoi confronti, queste relazioni non le danno niente. Il suo vuoto interiore e la sua disperazione sono aumentati negli ultimi anni, e si è manifestata una cronica tendenza al suicidio.

Nonostante la grave sintomatologia, la signora Linda X è riuscita, grazie alla sua intelligenza, a terminare brillantemente gli studi e ad essere accettata a un corso di addestramento professionale. Il suo profitto le procura riconoscimenti e soddisfazioni.

Dalla breve descrizione della difficile situazione di vita di questa donna sorgono diversi interrogativi riguardo a un'adeguata valutazione delle indicazioni per la psicoanalisi. Ci si trova su un terreno insicuro già per il fatto che all'inizio non può essere ancora valutata la gravità dell'assuefazione e della dipendenza dai farmaci benzodiazepinici, con il conseguente circolo

vizioso. Non si può escludere che, pur in assenza di gravi fenomeni di astinenza, le angosce della paziente aumentino fino a che si sente costretta ad assumere dosi sempre maggiori di tranquillanti. Nonostante la dipendenza, almeno psichica, dai preparati benzodiazepinici, e la cronica tendenza al suicidio, venne proposto di tentare un trattamento ambulatoriale. Un trattamento prolungato in regime di ricovero avrebbe interrotto la sua formazione professionale e comportato ulteriori difficoltà. La paziente, effettivamente, temeva di essere ricoverata e di perdere così la possibilità di concludere i suoi corsi. In una situazione di ricovero in reparto, la caduta dell'autostima per la perdita dei riconoscimenti dovuti alla sua bravura sarebbe stata difficilmente compensabile. Del resto anche nelle strutture ospedaliere sono limitate le possibilità di controllo dell'abuso di medicinali e di protezione contro tentativi di suicidio.

Quanto alla prescrizione di psicofarmaci, venne raggiunto l'accordo che se ne sarebbe incaricato l'analista. In questo caso una tale decisione si è rivelata valida. È stato possibile risolvere in maniera costruttiva le complicazioni insorte nel transfert e nel controtransfert. A partire dai peggioramenti della situazione, fu possibile addentrarsi nel profondo delle sue angosce, dove con la sua riflessione la paziente poté, poco per volta, raggiungere un terreno più sicuro.

Com'era già avvenuto prima dell'inizio del trattamento, anche lungo il decorso pluriennale della terapia si ripresentarono spesso crisi suicidarie quando la paziente subiva mortificazioni da parte dei genitori o degli amici, collegate perlopiù con separazioni. Le interruzioni del trattamento per le vacanze si accompagnavano a crisi di questo tipo e rendevano necessarie varie misure di emergenza come ricoveri temporanei o, successivamente, sedute sostitutive con un altro collega.

In occasione di un'interruzione del trattamento relativamente lunga e tempestivamente preannunciata, la paziente cadde di nuovo in uno stato di tendenze suicidarie, di cui riteneva indirettamente responsabile l'analista. Il suo rifiuto di utilizzare nel miglior modo possibile il tempo ancora disponibile, o di accettare temporanei aiuti sostitutivi durante la mia assenza, mi rendeva sempre più privo di risorse: la mia impotenza era accompagnata da sentimenti aggressivi verso il suo negativismo. I miei tentativi d'interpretazione, in cui ricorro al registro usuale di comprensione della rabbia narcisistica (Henseler, 1981), naufragarono. La paziente continuava a sostenere che tutto il mondo l'aveva abbandonata, e perciò ora si sarebbe definitivamente suicidata.

In una delle ultime sedute prima dell'interruzione portò con sé una lettera di commiato che dovevo leggere. Poiché la paziente si chiuse subito dopo nel silenzio, mi rimase molto tempo per riflettere: la lettera è sul tavolo, sono colpito inoltre dal suo vestito nero, e penso a lutto e morte.

ANALISTA: Se ora leggesti questa lettera, accetterei il suo addio. Lei mi odia perché andrò via.

Il suo silenzio, privo di reazioni, mi pesa. Sembrava non rendersi assolutamente conto di quanto mi colpisce la sua aggressività, sottostante alla minaccia di suici-

dio. Anche nelle sue relazioni con gli altri spesso non si accorgeva di offendere e ferire notevolmente chi era ben disposto verso di lei. Mi passarono per la testa varie possibilità: per la sua protezione e la mia tranquillità, dovevo farla ricoverare, oppure, ricordando la raccomandazione di Winnicott (vedi 3.4), dovevo farla partecipare al mio controtransfert? Mi decisi per quest'ultima, perché temevo che altrimenti potesse intendere come indifferenza il mio non leggere la lettera. Per me, inoltre, era importante sostenere la continuità della relazione al di là dell'interruzione. Si giunse quindi a un'interpretazione relativamente lunga con la quale manifestai la mia preoccupazione, dicendole che mi trovavo in un tale dilemma da essere furente con lei.

ANALISTA: In effetti sono sconcertato dal fatto che lei, con la sua minaccia, voglia rendermi difficili la partenza e il ritorno. Io tornerò, e il nostro lavoro continuerà. Perciò non leggo la sua lettera di addio.

Con ciò volevo rendere manifesto che non accettavo il suicidio come congedo. Dopo un lungo silenzio, continuo:

ANALISTA: Lei mi addossa la responsabilità della sua vita e della sua morte, e con ciò pretende troppo da me, più di quanto io possa sopportare. Non condivido il suo punto di vista per cui si sente in dovere di usare indirettamente il suo potere con il suicidio. Così lei mette alla prova quanto potere ha su di me con la morte.

Le faccio notare il piacere implicito nella sua autodistruttività, anche se ben nascosto. Sebbene la paziente continui a tacere, si percepisce che è molto turbata. Le ricordo perciò che la terapia aveva avuto fin dall'inizio una connotazione personale, mediante il suo desiderio di venire proprio da me. Per sostenerla le mostro che costituisce un progresso il fatto che la sua minaccia di suicidio non sia più collegata con avvenimenti del mondo esterno, ma si riferisca direttamente a me. Quando parlo di progresso la paziente alza lo sguardo, si risveglia dalla sua immobilità e mi guarda incredula. Le faccio un riassunto dei punti dove vedo dei progressi.

ANALISTA: Dopo tutto, forse, potremmo ancora scoprire quali desideri e bisogni sono alla base di questo rimprovero, affinché lei sappia esattamente che cosa c'è sull'altro piatto della bilancia.

PAZIENTE: Sì, è così, quello che mi irrita enormemente è che lei possa andarsene via, lontano, che abbia successo e che la richiedano altrove. Non ho nessuna speranza, nessuna prospettiva di riuscire qualche volta a lavorare bene, in maniera autosufficiente come lei, sarò sempre una fastidiosa appendice che ha bisogno di essere sostenuta materialmente anche se si potrebbe investire il denaro in altro modo e meglio. Anche con il mio amico è così, lei lo sa; mi tollera appena e mi respinge quando cerco sostegno in lui, mi vorrebbe diversa, sicura, autosufficiente, graziosa e molto più femminile; così come sono non gli piaccio, e neppure a lei; anche lei non fa che spingermi avanti. I miei genitori vogliono godersi la vecchiaia e non doversi preoccupare continuamente di me, questo disse una volta mio padre, e aggiunse: «L'analista non può starti continuamente accanto.»

ANALISTA: Bene, ora l'analista parte, va lontano, prende, per così dire, il suo camper e se ne va (allusione ai suoi genitori che faranno d'estate un viaggio molto lungo per l'Europa). Suo padre ritiene giusto che chi ha denaro e sicurezza possa andarsene, e questo è ciò che si frappone tra noi, perché anche lei ha sentito questi desideri in sé stessa. Questa è la differenza rispetto a prima. Si ricorda che, all'inizio della terapia, disse: non andrò mai via dai miei genitori, non devono credere di avere già fatto abbastanza per me? Ora vorrebbe essere lei stessa una donna che ama viaggiare come la sua collega, come il suo analista, che se ne va lontano senza sentirsi colpevole per ciò che fanno quelli che rimangono.

Questa interpretazione della sua invidia convertita in autodistruzione diede sollievo alla paziente, come mostra la seguente reazione.

PAZIENTE: Sì, quest'estate io e il mio compagno potremo fare solo quattordici giorni di vacanza in una casetta che appartiene ai suoi genitori, che poi brontoleranno di nuovo; se questo durerà per tutta la vita io non ci sto, non riesco a rassegnarmi alla mia mediocrità, e inoltre gli anni di malattia mi hanno tolto ogni opportunità di studiare qualcosa di veramente intelligente, e ora eccomi qua.

ANALISTA: E quindi l'addio definitivo sarebbe stato qualcosa di speciale, di non mediocre, perché perlomeno avrebbe tolto una pietra preziosa dalla corona dell'analista, sì, è proprio questa la trovata.

Il riconoscimento del suo desiderio di essere e di compiere qualcosa di speciale – sia pure attraverso un atto autodistruttivo – le fa bene; effettivamente il grave e precoce disturbo del suo sviluppo aveva distrutto molte cose che non potevano essere recuperate. L'instabile sentimento di sé, dissimulato nell'infanzia tramite la dipendenza dai genitori, le aveva impedito, dall'inizio dell'adolescenza, l'accesso a molte esperienze tipiche dell'età; al loro posto aveva sofferto di una serie di umilianti esperienze corporee e aveva avuto esperienze interpersonali lesive del suo sentimento di sé, che potevano essere compensate, a poco a poco, solo attraverso nuovi vissuti. Con voce vivace la paziente ora chiede:

PAZIENTE: Lei sarebbe venuto al mio funerale?

ANALISTA: No, perché lei avrebbe già distrutto la nostra relazione, ma tornerò volentieri per poter continuare a lavorare con lei. Il fatto che tornerò volentieri forse è anche l'espressione di un potere e di una forza che lei ha; so quanta fatica le costi superare le sue numerose difficoltà.

Con il superamento di questa situazione di acutizzazione critica potremmo riflettere insieme sui mezzi e sulle vie che potevano essere a sua disposizione se durante la mia assenza avesse avuto bisogno di un aiuto transitorio. Anche nel successivo decorso del trattamento si ebbero, invero, nuove ricadute, ma dalla situazione qui descritta la paziente poté trarre l'esperienza che eravamo in grado di resistere e di sopravvivere ai suoi conflitti. In base alla catamnesi di quattro anni possiamo affermare che la paziente è riuscita a stabilizzare il suo rapporto con il partner e a continuare a qualificarsi professionalmente.

### 3.5 *Ironia*

Per quanto possa essere gradito, per motivi terapeutici, che pazienti sottomessi, masochisti o depressi raggiungano una capacità naturale di autoaffermazione e di critica, spesso è difficile sopportare l'eccesso di svalutazione che caratterizza l'improvviso passaggio dalla sottomissione alla ribellione sperata e desiderata. Sorgono pressioni affettive che possono essere in parte neutralizzate dal sapere psicoanalitico, e un'ulteriore maniera di proteggersi è l'ironia (Stein, 1985).

Konrad Lorenz disse una volta riguardo ai suoi prediletti oggetti di studio etologico: «Anche le anatre in fondo sono solo esseri umani.» Certamente non basta dire che anche gli psicoanalisti sono solo esseri umani, e che perciò è parte della loro natura reagire all'attacco con la fuga, con il fingersi

morti o con il contrattacco. Questi o altri modi spontanei di reagire possono essere filtrati e mitigati dal sapere psicoanalitico. L'analista, tuttavia, non è invulnerabile alla critica del suo paziente. Non dovrebbe però essere colpito tanto intensamente da rimanere paralizzato nel suo agire terapeutico, o da vendicarsi, in un modo o nell'altro, sul paziente stesso; in tal modo diventerebbe molto difficile, o impossibile, ristabilire una produttiva comunanza lavorativa. Nell'espressione «colpito sì, ma non tanto intensamente da non poter più utilizzare il controtransfert per interpretazioni fruttuose», vediamo la giusta soluzione di un problema fondamentale della tecnica psicoanalitica.

I controtransfert negativi si manifestano spesso in modo indiretto, come nel trattamento del signor Arthur Y, di cui riportiamo un protocollo riassuntivo redatto dall'analista curante.

Una seduta fu del tutto infruttuosa, soprattutto a causa delle mie interpretazioni prolisse. Avevo tentato, tra l'altro, di chiarire un'osservazione risalente a molto tempo prima e che il signor Arthur Y aveva dimenticato, quando si era nuovamente informato sulle sue possibilità di miglioramento e di guarigione. Questo tema era già stato trattato frequentemente a tutti i possibili livelli.

È particolarmente difficile quando la desiderata critica di un paziente si mescola a un dubbio distruttivo che non si manifesta liberamente. In una drammatica seduta precedente il signor Arthur Y, con il mio appoggio, aveva potuto dare libero sfogo alle sue fantasie e ammettere che non mi avrebbe creduto se gli avessi rivelato i nomi di altri pazienti trattati con successo, cosa impossibile per motivi di discrezione; insomma una situazione senza via d'uscita.

La sua marcata ambivalenza e i relativi processi di scissione lo portavano inoltre a volermi trasformare in un bancarottiere, come inversione di un destino che lui stesso aveva quasi avuto. Del resto riponeva tutte le sue speranze nel fatto che io resistessi alla sua distruttività e non perdessi la fiducia in lui, in me stesso e nella psicoanalisi. Nonostante conoscessi gli effetti negativi dell'ironia, i miei affetti mi indussero a un'interpretazione ironica che il paziente, comprensibilmente, aveva del tutto dimenticato, e mesi più tardi mi spinsero, nella seduta sopra menzionata, a prolisse e infruttuose spiegazioni. In risposta alla sua invadente curiosità sui miei successi terapeutici, allora gli avevo detto che il mio trattamento più lungo era durato centomila ore ed era stato un insuccesso.

Ovviamente questa interpretazione era stata così inquietante che egli l'aveva completamente rimossa. Le mie successive spiegazioni non sortirono altri effetti, e lo lasciarono nella sua confusione. Non riuscii a rendergli più manifesta la sua aggressività onnipotente, che aveva posto le basi per l'accettazione dell'interpretazione data. Ciò dipende probabilmente dal fatto che in lui si stimolavano immediatamente forze contrarie. Il mio insuccesso avrebbe suggellato la sua onnipotenza, ma anche la sua mancanza di speranza. Pertanto non volevo svalutarmi del tutto, rischiando così rendermi un oggetto-soggetto incapace di aiutarlo. È degno di nota il suo difficile accesso a questo problema, sebbene pochi giorni prima avesse fantasticato su come gli sarebbe piaciuto castigarmi in pubblico facendomi fare la figura di un ciarlatano con il suo suicidio e avendo in mano tutte le prove per incolparmi. Fantasticò che in caso di rifiuto di prolungare la terapia da parte della cassa mutua, avrei dovuto trattarlo gratis per altre trecento ore, e solo alla fine egli avrebbe deciso se e quanto pagarmi; una fantasia rafforzata dall'interpretazione per cui, presentando il reclamo

per un lavoro mal eseguito, avrebbe potuto esigere la restituzione di quanto pagato fino allora. Già da tempo pensava segretamente a questo reclamo.

Questa seduta finì con il suo ricordo delle lezioni di matematica. Il professore siede di fronte, scrive formule, lui non capisce niente. Il paziente aggiunge che tutto quanto gli ho detto oggi, gli sembrano delle sciocchezze. Turbato dalla critica, si chiede che cosa può fare e come proseguirà la giornata odierna. Il senso dell'interpretazione suona così: tutto dipende se ora vuole castigarsi subito per la sua espressione «sciocchezze», o se decide di imporsi con il professore, senza che la parola «sciocchezze» rovini il rapporto e tutto si distrugga.

In questa seduta ero molto insoddisfatto della mia prestazione e mi sentivo in una strana situazione con me stesso e con il paziente. Mi infastidiva essermi lasciato trascinare nell'angolo dove, nel contempo, le mie lunghe interpretazioni rappresentavano una specie di riparazione per la mia aggressività che era stata stimolata. Mi accorsi di aver commentato piuttosto bruscamente le penetranti domande del paziente, e che questo mi aveva procurato sollievo. Un ulteriore indizio lo conferma: dopo la seduta infatti pensai a lungo di trovare un modo per non dovergli prescrivere il Valium. In passato aveva avuto un effetto negativo il non avergli rinnovato una ricetta per le vacanze estive: l'aveva percepito come un segno di sfiducia, e in seguito si era punito non prendendo alcun farmaco per settimane, nonostante il progressivo peggioramento, causato dalla rabbia contro di me. Nel frattempo aveva trovato un medico che, in una consultazione per altri motivi, gli aveva prescritto con leggerezza cinquanta compresse di Valium. Aveva tenuto la maggior parte di queste compresse nella scatola, ma avvicinandosi ora un'interruzione aveva già annunciato di voler trascorrere questi quattordici giorni in maniera davvero diversa e con meno angoscia rispetto alle ferie estive, e mi aspettavo un nuovo scontro prima dell'interruzione. Di conseguenza, dopo questa seduta, mi ritrovai animato da un controtransfert negativo. La successiva seduta ebbe un decorso più disteso e produttivo.

Stavolta bene e male vennero divisi in modo che io divenni il rappresentante del male, e il medico che aveva prescritto la ricetta, chiamato dal paziente «l'oscuro», era diventato il rappresentante della spensierata gioia di vivere. Il signor Arthur Y descrive vivacemente come quest'altro medico prescrive con leggerezza il Valium, dandogli la sensazione di essere ancora lontano dalla dipendenza.

Il signor Arthur Y associa il peccato originale e la consumazione della mela con la prescrizione del Valium. Dice che gli avrei prescritto la ricetta con «l'indice alzato» e in tal modo ne avrei ostacolato l'uso, perché il mio gesto autoritario gli avrebbe provocato ansia. Sottolinea che la prescrizione e il gesto dell'indice alzato gli avrebbero creato dei problemi, piuttosto che risolverne. Ora mette al mio posto un altro medico che nella fantasia chiama, per esempio, K., dal quale si reca, e che gli prescrive una medicina tranquillizzandolo: «Ritorni tra quattro mesi e tutto sarà passato, allora ridurremo la dose.» Pertanto, in questa fantasia egli cerca un medico perfettamente competente che si faccia carico di tutta la responsabilità e lo rassicuri che tutto andrà bene. Sebbene tempo fa gli avessi detto, in risposta a un suo ingiustificato rimprovero, che già il fatto della prescrizione dimostrava che mi ero certamente assunto una parte di responsabilità, è ora nuovamente evidente che la responsabilità condivisa non basta. Ciò che egli cerca è la mia responsabilità totale, e anche l'affermazione assolutamente valida di che cosa si otterrà in un determinato periodo di tempo. Io, al contrario, avevo lasciato a lui la scelta di assumere un Valium in caso di bisogno, in modo che il dosaggio e anche un'eventuale dipendenza fossero nelle sue mani.

Ora entra in gioco l'altro aspetto. Dopo avermi fatto questi rimproveri, egli si aspetta che io dichiarassi terminato il trattamento e lo butti fuori. Mi confronta con i suoi precedenti terapeuti, in particolare con il dottor X, che aveva mostrato delle riserve

quando aveva alluso a una prescrizione e ad altre forme di aiuto al di fuori della psicoanalisi. Pertanto mi ero mostrato molto generoso nel prescrivergli qualcosa e ora era così ingrato, mentre io mi ero spinto più in là di tutti gli altri psicoterapeuti. L'ingratitude che egli sente, e di cui teme le conseguenze, è sottolineata dalla descrizione dell'altro medico, oltremodo magnanimo, che senza storie gli aveva prescritto cinquanta compresse di Valium. Quando gli aveva posto ulteriori domande sul pericolo di dipendenza, questo medico aveva riso.

Dopo questa esposizione il paziente pensa a come trascorrere il resto della giornata e torna a chiedersi che cosa farà e se si sentirà meglio ora che ha detto tutto questo. Gli faccio notare che, probabilmente, le sue condizioni dipenderanno dal fatto se ci sarà un'autopunizione o no, come era avvenuto dopo la seduta precedente. Per il paziente si tratta ancora della questione di che cosa potrebbe fare per stabilizzare maggiormente l'insight fin qui acquisito.

Il lavoro interpretativo produsse una così notevole distensione che non ci fu alcuna ricaduta e il signor Arthur Y quasi non fece uso del farmaco prescritto.

### 3.6 *Rispecchiamento narcisistico e oggetto-Sé*

Il mito di Narciso non si esaurisce nella superficie rispecchiante di uno stagno in cui il giovane smarrisce sé stesso o viene rapito dalla propria bellezza ignota, e incantato scopre un altro Sé. Oggi, non solo abbiamo sempre a portata di mano specchi in cui accertarci del nostro aspetto, ma l'autoscatto della macchina fotografica ci dà la possibilità di fare degli autoritratti e confrontare il Sé reale con il Sé ideale a livello dell'immagine corporea concreta. Basandosi sugli scritti di McDougall (1928), Rehberg (1985) ha mostrato che il consolidamento della percezione corporea è sostenuto dalla propria immagine speculare.

L'esempio che presentiamo è seguito da alcune considerazioni sulla metafora dello specchio. All'analista curante è familiare la teoria di Kohut, anche se non segue nei dettagli le sue raccomandazioni tecniche. I fondamenti teorici relativi sono stati esposti nel primo volume. Naturalmente noi sottolineiamo il significato dei vissuti del Sé e la dipendenza di ogni essere umano, per tutta la vita, dal riconoscimento da parte di altri significativi, anche se non condividiamo la teoria di Kohut. Siamo lieti di poter presentare al lettore, dopo l'illustrazione del caso, alcune osservazioni utili per una dettagliata discussione della psicologia del Sé.

Il signor Arthur Y ha scelto una strada insolita per accertarsi della sua immagine corporea con una concreta ispezione. Il modo di fare del paziente e le sue fantasie hanno provocato nell'analista diverse forme di reazioni di controtransfert. Una domanda del paziente ha provocato una transitoria insicurezza seguita dalla consapevolezza di qualcosa di utile per la terapia.

Il signor Arthur Y si era imposto di realizzare un proposito che aveva in mente da tempo; gli era infine riuscito di parlarne in seduta, senza esigere che il registratore venisse fermato. Finalmente aveva fatto ciò che da tempo si proponeva: fotografare i propri genitali con la macchina fotografica preparata da molto tempo. Secondo il suo parere, una delle fotografie era riuscita molto bene. Una successiva ripetizione non portò a immagini migliori.

Mi sorprese e mi rallegrò la determinazione con la quale il signor Arthur Y realizzò, finalmente, un piano a lungo curato, senza lasciarsi limitare da me e dal registratore. Subito dopo l'inizio della seduta fece un resoconto piuttosto scarno, lasciando tutto in sospeso. Non descrisse in che cosa si distingueva dalle altre la fotografia particolarmente ben riuscita, né mi fece sapere qual era il motivo e lo scopo del suo nudo fotografico. Mi mantenni discreto perché avevo la sensazione di non dover disturbare in alcun modo la sua gratificazione narcisistica, nonostante fossi tentato di sapere che cosa gli procurasse questa oggettivazione. Sospettivo che avesse fotografato il proprio pene eretto e durante la masturbazione, ma repressi la mia curiosità. Riflettei sul fatto che si crea una differenza quando si guarda verso il basso e si vedono i propri genitali in modo incompleto, rispetto a quando, in un'altra prospettiva, si vedono gli organi genitali di altri uomini. Pensai che la differenza cognitiva venutasi a creare potesse avere un ruolo rispetto al confronto, che, specialmente durante la pubertà e negli uomini insicuri, svolge una funzione di grande importanza.

Le fantasie mi portarono ai miei personali confronti e terminarono col pensiero dei nascosti organi genitali femminili, la cui posizione impedisce alle donne di osservarli senza l'aiuto di uno specchio. Proprio alla fine, in un lampo, mi sovvenne la teoria dell'*afanisi* di Jones (1927), che mi ha sempre particolarmente affascinato: la *scomparsa* come allontanamento da angosce primitive.

Non mi stupì che dal momento delle fotografie il signor Arthur Y, come in seguito mi comunicò, subisse un notevole peggioramento dei suoi sintomi. Questo peggioramento può essere attribuito con certezza all'autopunizione per i nudi fotografici, ma anche alla sua convinzione di essere uno scialacquatore e il distruttore della sua famiglia, perché era andato con un cliente in un ristorante costoso, dove aveva speso per la cena una somma che mi sembrava relativamente bassa. Il signor Arthur Y continuava addirittura a cercare disperatamente altri motivi per torturarsi e denigrarsi. Bastò quindi che io usassi nella seduta la parola «autopunizione» per rafforzare in lui le corrispondenti tendenze. Si criticò inoltre perché la vista di una ragazza graziosa e ben vestita era stata una vera delizia per i suoi occhi. Ciò ebbe luogo dopo i nudi fotografici. Stabilii quindi una relazione tra un modo di osservare e l'altro, e il comune piacere nel legame dei due, così come nel contesto dell'autopunizione. Questa presentò la sua punta massima con la paura di finire nell'isolamento più completo e di arrivare a un sintomo così tormentoso da non essere più capace di esprimere nemmeno una parola. Gli appariva evidente che doveva pagare a caro prezzo il suo piacere.

Con una certa enfasi, chiese ancora un aiuto per trasformare in azione nel mondo esterno il suo insight acquisito, e per sapere come comportarsi anche nella vita. Gli chiarii perché non davo istruzioni di comportamento ed egli accettò con riluttanza la mia spiegazione. Aggiunse di avere ben capito perché mi rifiutavo di dargli una risposta; cercava palesemente la mia proibizione.

Nella seduta successiva si confermò un sospetto che mi era passato per la mente a proposito dei nudi fotografici. Tra le due sedute il paziente aveva continuato le sue esercitazioni di autosservazione e a fotografarsi il pene in erezione. Durante la successiva masturbazione, notò ancora e con grande ansia la fuoriuscita di secreto dall'uretra prima dell'ejaculazione. Non sapeva che si trattava di secrezione della prostata, voleva informarsi da uno specialista, a causa di paure da sempre esistenti,

se in queste gocce di liquido si potessero trovare già degli spermatozoi per cui fosse possibile che sua moglie restasse incinta. Per il momento esaudii solo in parte il suo bisogno di informazione e gli comunicai che la sua domanda era di competenza della dermatologia, che comprende come sua sottospecialità l'andrologia. In questo momento era già prevedibile che mi avrebbe pregato di raccomandargli uno specialista valido, e questo mi avrebbe dato del tempo per pensare.

Sulla base delle sue esperienze, il paziente era da tempo al corrente che, sottoposti a tali delicate domande relative alla probabilità di rischio, i medici raramente assicurano una certezza totale. Dopo essersi reso conto che era così, e dopo aver riso della sua pretesa di ottenere fino agli ultimi incerti decimali di probabilità, in maniera nevrotico-ossessiva, un'ulteriore sicurezza, decisi di rispondere io stesso alla sua domanda: «Credo che difficilmente un andrologo potrebbe darle informazioni diverse dalle mie. È altamente improbabile che la prima secrezione contenga spermatozoi e che sia quindi possibile una fecondazione.»

A questo punto parlò della sua angoscia di essere anormale o affetto da una malattia venerea; lo tranquillizzò l'informazione che in tutti gli uomini appare la secrezione prostatica nello stadio iniziale dell'eiaculazione. Si venne a creare una situazione difficile perché non ero sicuro che fosse compatibile con la neutralità psicoanalitica rispondere alla sua domanda se si presentasse anche a me tale secrezione. Personalmente non fui irritato dalla domanda, ma piuttosto sorpreso per la mancanza di logica, e glielo feci notare. Appartenendo alla classe degli uomini, anche io avevo il secreto prostatico.

Successivamente attribuii un significato più profondo alla normale serenità che ne derivò. Al signor Arthur Y non sarebbe venuta in mente quella domanda, o l'avrebbe prontamente respinta lasciandosi guidare dalla logica, se non avesse avuto dubbi inconsci sul suo (e sul mio) ruolo sessuale. La mancanza di fiducia in sé si accompagna sempre a insicurezze nei confronti degli altri. All'ansia di fronte ai prodotti del proprio corpo erano legate molte domande angosciose che il paziente non aveva osato fare durante la sua infanzia.

Ma che cosa era accaduto a livello inconscio? Si era stabilita una comunanza. Gadamer (1965) sostiene che ogni dialogo che abbia buon esito produce una trasformazione, per cui non si è più ciò che si era prima. Nel dialogo psicoanalitico, tra l'altro, la scoperta di comunanze più vitali favorisce il cambiamento. È quindi plausibile l'ipotesi che il signor Arthur Y, tramite la sua rappresentazione del deflusso biologico dell'eiaculazione, si sia sentito uomo assieme a me e abbia potuto accrescere la sua fiducia in sé stesso. Inoltre la secrezione della prostata si era trasformata da segno inquietante in un imprescindibile denominatore comune di piacere maschile. Il paziente ora aveva raggiunto tanta sicurezza da poter parlare delle altre cause inconscie delle sue angosce e dei suoi dubbi.

Fu terapeuticamente decisivo che in questo momento l'*uguaglianza* della natura umana fosse sentita da uomo a uomo. Essa «è costituita da moti pulsionali elementari, comuni a tutti e miranti al *soddisfacimento* di certi *bisogni* originari» (Freud, 1915a, p. 129; corsivo nostro). È vero che il piacere legato alla funzione sessuale, cui Bühler ha attribuito un significato generale di piacere funzionale, viene vissuto soggettivamente, così che insieme alla comu-

nanza si scopre anche la diversità, insieme all'uguaglianza la disuguaglianza. Perciò all'interno e all'esterno dell'analisi nasce anche l'interrogativo se, a causa della base diversa della loro esperienza corporea, i due sessi possano, dopo tutto, capirsi. Nella *Fattoria degli animali* di Orwell si fanno dei confronti che partono dall'uguaglianza e terminano in contrapposizioni denigranti: «Tutti gli esseri umani sono uguali, ma alcuni sono più uguali degli altri.»

Ritorniamo al dialogo terapeutico sulla funzione sessuale, in cui si toccano diversi livelli di transfert e controtransfert. Si sa che l'informazione sessuale fornisce una conoscenza a livello soggettivo. Fu così anche in questo dialogo, che produsse una diminuzione dell'ansia e un aumento della sicurezza. Con questa protezione il paziente poté dare maggiore spazio alla sua bramata curiosità ed esplorare nuovi territori.

Che cosa era accaduto alla neutralità dell'analista, con la scoperta della comunanza biologica? Con la sua risposta, egli non aveva rivelato al paziente nulla di personale. Era stato, per così dire, soltanto uno in un gruppo anonimo con pari funzioni biologiche. Tuttavia era stato essenziale che il paziente, per una volta, avesse sentito il bisogno di stabilire una comunanza con lui, quale compagno dello stesso sesso, per poter godere il piacere vitale prima bloccato dall'ansia.

Questo tema costituì lo sfondo per la contemplazione dei suoi genitali attraverso i nudi fotografici. Incominciò a capire le basi inconscie della sua ansia legata al secreto prostatico. Divenne chiaro che tutti i prodotti del suo corpo avevano una componente anale inconscia. Per non sporcare sua moglie, spesso alla sera provocava una lite per evitare il rapporto sessuale, allontanandola da sé in modo offensivo. Si ricordò all'improvviso di un sogno, fino ad allora rimasto oscuro, il cui significato gli apparve ora, di colpo, chiaro: stava visitando un ampio sistema di canali in un paese che era il suo posto preferito per le vacanze e dove si trovava benissimo. Con la connessione tra l'autoispezione e la sua paura di sporcare fu come se gli fosse caduta dagli occhi una benda: egli cercava in basso qualcosa che lo attraeva piacevolmente ma che rimaneva perturbante ed estraneo a causa della sua angoscia di punizione. Le associazioni lo condussero ad alcune importanti condizioni di formazione di queste angosce legate alla storia della sua vita.

### 3.6.1 *Immagine speculare e oggetto-Sé*

L'immagine allo specchio ha un fascino che tocca il tema della magia e quello del doppio (Rank, 1914; Róheim, 1917; Freud, 1919).

L'interrogativo sulla natura e sullo sfondo dell'immagine speculare contenuta nel mito di Narciso, a cui Pfandl (1935) dedicò una ormai quasi dimenticata interpretazione psicoanalitica, presenta due diversi gruppi di risposte. In uno le relazioni oggettuali e anche il prossimo sono costituiti in modo

narcisistico. L'altro gruppo di risposte è determinato dalla concezione che nell'immagine speculare il dialogo con l'altro non procede solo nel senso di un confronto con sé stessi. Entrambe queste tradizioni di pensiero psicoanalitico si possono far risalire a Freud, il quale senza dubbio dette la sua preferenza alla derivazione dal narcisismo primario. Importanti rappresentanti del primo tipo di spiegazione, a parte differenze nei dettagli, sono Kohut e Lacan, e soprattutto il secondo, perché nella sua originale concezione antropologica dell'immagine speculare sottolinea il narcisismo primario «con cui la dottrina designa l'investimento libidico proprio in questo momento» (Lacan, 1966, p. 92).

Kohut abbandonò dal 1977 la teoria delle pulsioni e il narcisismo, ma le sue descrizioni degli oggetti-Sé sono tutte costruite secondo il modello del narcisismo primario. A nostro avviso Kohut (1959) ha prestato scarsa attenzione a quanto il metodo empatico-introspeettivo sia guidato dalla teoria. Nel suo tentativo di far diventare l'empatia e l'introspezione mezzi indipendenti di conoscenza egli non distinse fra la *genes* delle ipotesi e la loro *validazione*. Gli oggetti-Sé di Kohut sono costruiti nel pieno rispetto della teoria pulsionale che egli presumibilmente respinse. Dall'altra parte si trovano analisti come Winnicott e Erikson, influenzati dalla psicologia sociale e dall'interazionismo simbolico, che possono essere ben descritti dai versi di Cooley: *Each to each a looking glass, reflects the other that does pass*. «L'uomo a specchio dell'altro» è il tema principale di un approfondito studio antropologico di Marten (1988).

Freud (1920b, p. 201) scoprì la natura dialogica del rispecchiamento verbale nel suo nipotino di circa un anno e mezzo:

Un giorno la madre era rimasta fuori casa per parecchie ore, e al ritorno venne accolta col saluto «Bebi o-o-o!» che in un primo momento parve incomprensibile. Ma presto risultò che durante quel lungo periodo di solitudine il bambino aveva trovato un modo per far scomparire sé stesso. Aveva scoperto la propria immagine in uno specchio che arrivava quasi al suolo, e si era accoccolato in modo tale che l'immagine se n'era andata «via».

In questo caso la scoperta dell'immagine speculare era avvenuta mediante l'imitazione dell'azione motoria di un altro, la madre. L'interazione continua nell'identificazione, attraverso la quale l'assente rimane presente nell'immaginazione. Nello stesso tempo è un atto di scoperta di sé, almeno nel senso dell'autopercezione di una forma in movimento. Da allora sono state pubblicate una quantità di osservazioni che in base alle reazioni all'immagine speculare approfondiscono la nostra conoscenza dello sviluppo dell'autopercezione e dell'autocoscienza. Amsterdam e Levitt (1980) hanno presentato importanti ricerche sperimentali, e nelle loro interpretazioni hanno considerato anche gli studi fenomenologici di Merleau-Ponty (1945) e di Straus (1949) sul significato della postura eretta e della vergogna. È probabile che questi e altri dati di ricerca influenzeranno la comprensione tera-

peutica dei disturbi del sentimento di sé, descritti finora per mezzo di metafore.

Lo *stadio dello specchio* deve essere compreso, secondo Lacan, come «fase della costituzione dell'essere umano, che si situa tra i sei e i diciotto mesi; il bambino, ancora in uno stato di impotenza e non-coordinazione motoria, apprende in anticipo e padroneggia, con l'immaginazione, la propria unità corporea. Questa unificazione immaginaria si attua per identificazione con l'immagine del simile come forma totale» (Laplanche e Pontalis, 1967).

Lacan (1966, p. 88) parla del momento dell'assunzione giubilatoria dell'immagine speculare come di una situazione esemplare, che rappresenta la matrice simbolica in cui è espressa la forma primordiale dell'io (*je*): «Forma, del resto, che sarebbe da designare piuttosto come *Io-ideale*, se volessimo farla rientrare in un registro noto.»

Ma l'esperienza anticipata di unità è minacciata dalla continua irruzione di fantasie del corpo frammentato. In questo senso Lacan parla dello stadio dello specchio come di un dramma che spinge continuamente a nuove ripetizioni.

Per Lacan è molto importante l'orientamento in base al noto. Citiamo ancora Laplanche e Pontalis, che considerano anche l'aspetto clinico. Essi confrontano la concezione dello stadio dello specchio di Lacan con le tesi freudiane sul passaggio dall'autoerotismo – antecedente alla costituzione di un Io – al vero narcisismo; ciò che Lacan chiama «fantasma del corpo frammentato» corrisponderebbe alla prima tappa, e la fase dello specchio all'avvento del narcisismo primario. Sussiste tuttavia una differenza importante: per Lacan sarebbe la fase dello specchio a far sorgere retroattivamente il fantasma del corpo frammentato. Tale relazione dialettica è osservabile nel trattamento psicoanalitico: «Si vede talora apparire l'angoscia di frammentazione in seguito alla perdita dell'identificazione narcisistica, e viceversa.»

Kohut fa risalire il transfert speculare ai bisogni che si rivolgono agli «oggetti-Sé» (vedi vol. 1, 2.5, 9.3). Gli oggetti-Sé sono oggetti che noi viviamo come parte del nostro Sé. Ci sono due tipi di oggetti-Sé: quelli che reagiscono al sentimento innato nel bambino di forza vitale, grandiosità e perfezione, confermandolo, e quelli con la cui calma, infallibilità e onnipotenza, in fantasia, il bambino può fondersi fissandoli con lo sguardo. Il primo tipo viene definito oggetto-Sé speculare, il secondo imago parentale idealizzata. Una relazione difettosa tra il bambino e i suoi oggetti-Sé produce un Sé difettoso. Quando un paziente il cui Sé ha subito un danno viene in trattamento psicoanalitico, riattiva i bisogni che sono rimasti insoddisfatti per la relazione reciproca deficitaria tra il Sé in formazione e gli oggetti-Sé nel primo periodo di vita, e si forma un transfert d'oggetto-Sé.

È essenziale che nella tecnica si attribuisca una funzione di conferma agli oggetti-Sé e al transfert d'oggetto-Sé. Se si prescinde dai dettagli accessori, il riconoscimento e la conferma attraverso gli altri sono il denominatore comune che collega i vari orientamenti della psicoanalisi.

Le psicologie delle relazioni oggettuali, a eccezione della scuola kleiniana, hanno liberato, per buoni motivi, l'accordo e il consenso quali fattori terapeutici dal loro legame con il soddisfacimento delle pulsioni o con la suggestione grossolana. Ne sono seguite correzioni che hanno approfondito la comprensione di ciò che il paziente cerca dall'analista. Si è fatta nuova luce anche sullo sviluppo delle dipendenze regressive. Se lo scambio viene considerato dal punto di vista della scarica e del soddisfacimento pulsionale, si insisterà nella rinuncia o, con poco entusiasmo, si faranno concessioni che per motivi etici, di principio o di tecnica possono essere pericolose. Se invece si considera la dipendenza come un fenomeno di interazione, non legato strettamente a soddisfacimenti edipici o preedipici, sono possibili riconoscimenti genuini che non conducono al dilemma della scelta tra soddisfacimento e frustrazione dei bisogni pulsionali. Così, secondo Winnicott, se l'analista non fornisce al paziente un sostegno adeguato con la conferma, e dirige primariamente le sue interpretazioni sui desideri sessuali inconsci, il paziente usa questi ultimi come sostituti della conferma. Si potrebbe allora sviluppare un circolo vizioso: i desideri transferali sessualizzati aumentano perché l'analista non comunica al paziente il suo personale apprezzamento, cosa che rafforzerebbe nel paziente la sicurezza di sé. L'interpretazione di Kohut del desiderio del riconoscimento speculare rispetta certamente la regola dell'astinenza, ma resta nell'ambito del narcisismo – anche se esso sembra poter essere recuperato con l'aiuto dell'oggetto-Sé – ed evita il reale riconoscimento, necessario in determinati casi.

Secondo Winnicott il viso della madre non agisce esattamente come uno specchio: lo stato affettivo del bambino è condiviso, attraverso comunicazioni inconse, dalla madre, che da parte sua risponde in maniera autonoma. È essenziale che in caso favorevole, cioè quando la risposta è positiva, si verifichi attraverso la madre una conferma del sentimento di sé del bambino. Questo processo continuo è descritto da Winnicott con il linguaggio della psicologia delle relazioni oggettuali, dove la madre riflette in quanto persona, come *soggetto*, e dunque non come un oggetto inanimato qual è lo specchio. La metafora dello specchio ha acquisito infine con Loewald (1960) una funzione di apertura al futuro. Loewald ha assegnato al rispecchiamento una dimensione prospettica, affermando che l'analista riflette ciò che il paziente *cerca* quale immagine inconscia del suo Sé. Questa ricerca implica uno stile dialogico dove la riservatezza diventa necessaria per evitare che il paziente venga sovraccaricato da immagini estranee. Il senso della metafora dell'analista come specchio sta nel rendere possibile al paziente una rappresenta-

zione di sé il più possibile indisturbata. Si deve mettere a sua disposizione un ideale, un illimitato spazio di pensiero, per non limitare dall'esterno il suo riconoscimento di sé stesso. Naturalmente siamo d'accordo con Habermas (1981) che questo riconoscimento non può essere visto come il risultato di autosservazioni, in cui una parte della persona, in qualità di oggetto, vada incontro alla parte che osserva. Il riconoscimento di sé deve essere inteso piuttosto come un processo comunicativo, che dà la possibilità di scoprire sé stessi in un altro Io, nell'*alter ego*, in un'altra persona o – in senso psicoanalitico – di ritrovare, o creare *ex novo*, parti inconse del Sé. A nostro avviso il riconoscimento di un altro significativo nella figura dell'analista è di fondamentale importanza (vedi 9.4.3).

A questo punto possiamo considerare il controtransfert dal punto di vista della teoria dell'oggetto-Sé. La comprensione sarà più facile se ci serviamo di una descrizione offertaci da Wolf (1983). Egli intende gli oggetti-Sé come funzioni che il Sé in sviluppo, il bambino in crescita, assegna agli oggetti. Il bambino piccolo si aspetta, specialmente dalla persona che assume le funzioni materne di cura, quel riconoscimento che Kohut ha espresso con la bella immagine del brillio negli occhi della madre. Gli «altri significativi» devono svolgere fin dall'inizio e per tutta la vita funzioni di oggetto-Sé, per costruire e sostenere l'equilibrio narcisistico, che Kohut differenzia dall'omeostasi dell'economia pulsionale. Parliamo intenzionalmente di «altri significativi» per far capire, con questo termine creato da Mead, che questa concezione degli oggetti-Sé rientra in un ambito generale di psicopsicologia.

L'espressione «oggetto-Sé» è un neologismo infelice che implica una teoria interpersonale frammentaria. Lo sviluppo dell'identità, in senso lato, procede insieme con l'integrazione di un gran numero di ruoli sociali. Il sentimento di sé dipende, a nostro avviso, in grande misura dalle conferme ricevute durante l'apprendimento delle competenze dell'Io (White, 1963). Kohut ha giustamente messo in rilievo l'importanza di questo riconoscimento, togliendo così al narcisismo la sua connotazione negativa. Dall'altra parte, la metafora del rispecchiamento riduce i molteplici processi psicosociali che presiedono allo sviluppo del Sé. Questa metafora non corrisponde in nessun modo alla varietà degli «altri significativi» nello sviluppo umano. È quindi coerente che Köhler (1982), nella descrizione di vari controtransfert d'oggetto-Sé, parta dall'intersoggettività e dalla reciprocità, cosa che durante gli ultimi decenni è stata confermata in molti studi dettagliati anche attraverso la ricerca sulla relazione madre-bambino (Stern, 1985). Köhler ha descritto il controtransfert basandosi sul transfert d'oggetto-Sé descritto da Kohut. Questa tipologia si orienta sulle aspettative inconse dell'analista, che le sottopone al paziente, e che vengono considerate secondo la teoria di Kohut. È evidente che l'accentuazione, da parte di Kohut, dell'empatia fa sì

che il controtransfert svolga una funzione reciproca o complementare (Wolf, 1983; Köhler, 1985).

La funzione terapeutica svolta dall'analista nella seduta, nel caso del signor Arthur Y, può essere interpretata con diversi linguaggi psicoanalitici. Benché l'analista non abbia visto o ammirato la foto dei genitali, la sua partecipazione indiretta ha dato comunque al paziente una conferma che lo ha reso capace di padroneggiare le sue angosce più profonde e di sentirsi più sicuro.

### 3.6.2 *La prospettiva della psicologia del Sé*

È istruttivo considerare quanto presenta o rispettivamente quanto omette questo libro, se si applicano i criteri specifici della psicologia del Sé.

A seconda di come si considera il quadro clinico presentato, se dal punto di vista del primato della motivazione pulsionale o del primato della motivazione del vissuto del Sé, si giunge a una comprensione diversa del decorso del segmento di analisi presentato, e anche a una diversa impostazione tecnica. Una trattazione basata solamente sulla conoscenza delle due sedute descritte, cioè un frammento riassunto di un lungo processo, senza conoscere la storia della vita e dell'analisi, può avere una validità molto limitata. Ogni coppia analista-paziente sviluppa inoltre una determinata forma e dinamica attraverso le personalità di entrambi; perciò i confronti con altri modi di procedere non sono mai dimostrabili. Quindi ciò che verrà esposto qui di seguito è valido solo nella misura in cui è integrabile con apporti provenienti da altre prospettive teoriche.

Assumendo come baricentro la preminenza motivazionale dell'esperienza del Sé, di fronte al fatto che il paziente ha fotografato i suoi genitali, ci si chiede se questo non sia l'indizio di una carenza di rispecchiamento vivace e gioioso da parte degli oggetti-Sé primari. La foto induce a dare una determinata risposta alla domanda «come sembro?»; è già significativo che la domanda «come sembro?» affiori e venga rivolta alla macchina fotografica.

Non viene detto perché il paziente abbia fotografato proprio in un dato momento i suoi genitali, sicché si è guidati da supposizioni, che a loro volta dipendono dalle diverse teorie. Si tratta forse di un'azione perversa – il soddisfacimento di impulsi voyeuristici ed esibizionistici – in vista di un'imminente frammentazione del Sé. Contrasta con questa ipotesi la relazione evidentemente positiva fra transfert e controtransfert (il paziente è in grado di parlare dell'avvenimento, l'analista ne è sorpreso e rallegrato); in questo modo sarebbe più ammissibile il desiderio di una rassicurazione di fronte all'esistente insicurezza, soprattutto sul piano sessuale.

Nella descrizione della seduta è importante che il paziente si sia «imposto» di raccontare di aver realizzato l'intenzione di fotografare il proprio pene, senza pretendere che il registratore venisse spento. È evidente che ha dovuto imporsi di farlo. In un certo senso, è uscito da sé stesso, trasfor-

mandosi anche, nella seduta, in oggetto di percezione. Perciò non stupisce che il suo racconto sia stato «piuttosto» laconico.

L'analista reagisce interiormente con molti sentimenti e idee improvvise. La determinazione con cui il paziente si è imposto di fare questo passo lo rallegra e lo sorprende. Ci chiediamo perché. Perché il suo paziente ha osato fare un passo avanti, perché è diventato attivo, fallico? Come si chiarirà più avanti, probabilmente alla base di questa percezione dell'analista si trova uno specifico controtransfert, un controtransfert speculare. Successivamente l'analista reagisce con curiosità, vorrebbe saperne di più, poi si identifica con il paziente. Immagina sia diverso guardare il proprio pene in basso e confrontarlo con quelli di altri uomini, e tali confronti svolgono «una funzione di grande importanza specialmente durante la pubertà e per gli uomini insicuri di sé».

Seguono altre associazioni da parte dell'analista. Egli ora pensa non solo all'apparato genitale maschile ma anche a quello femminile, e fa confronti tra i due sessi. Quindi le sue associazioni lo portano «in un lampo» alla teoria dell'afanisi di Jones (1927) e all'angoscia di castrazione. In questo modo l'analista iscrive l'evento in una cornice teorica. Così forse protegge sé stesso? Di fronte a questa situazione, che ha una forte carica emotiva (il paziente comunica un'azione perversa!), l'analista usa inoltre nella descrizione una parola oggettivante, cioè «nudo fotografico». Mantiene la riservatezza, sebbene sia stimolato a sapere che cosa il paziente abbia ricavato da questa oggettivazione.

L'oggettivazione, però, è esattamente ciò che dal punto di vista di una teoria del vissuto del Sé e dei suoi disturbi deve essere visto come propriamente patologico. Il patologico consiste nel fatto che il paziente cerchi un rispecchiamento con metodi obiettivi, dei quali informa laconicamente l'analista in una seduta oggettivata dal registratore. Dal punto di vista della psicologia del Sé sarebbe stato considerato anzitutto l'aspetto del transfert: che cosa significa per il paziente raccontare questa storia penosa? Si sarebbe anche presa in considerazione la laconicità dell'esposizione e si sarebbe arrivati al suo atteggiamento difensivo rispetto ai sentimenti coinvolti, e a quanto costi al paziente raccontare la cosa strana che ha fatto. *Qui* forse c'è il desiderio del paziente di un rispecchiamento in superficie: come reagirà l'analista di fronte alle cose terribili che gli racconta? Forse il paziente è ricorso al mezzo meccanico della fotografia per la propria autorappresentazione, preso dall'ansia per una reazione non desiderata dell'oggetto, e ora, tutto teso, aspetta la reazione del suo analista? Questi è stato molto partecipe interiormente, come dimostra la franca esposizione dei suoi pensieri di controtransfert, ma è rimasto «assolutamente discreto» per non disturbare il soddisfacimento narcisistico del paziente: è qui evidente la differente concezione. Dal punto di vista della psicologia del Sé, in primo piano, più che il

soddisfaccimento narcisistico, troviamo l'angoscia e l'aspettativa della reazione dell'analista nella situazione di transfert, che certamente rappresenta una ripetizione di esperienze precedenti. Percepire che cosa significhi per il paziente il suo racconto, quali sentimenti siano intervenuti, in particolare il senso di vergogna, non implica affatto una trasgressione rispetto all'atteggiamento di astinenza e neutralità, ma permette al paziente di avvicinarsi maggiormente ai suoi sentimenti difesi, quali per esempio l'insicurezza, l'ansia e la vergogna.

Evidentemente si tratta del senso di colpa; il paziente ha informato l'analista del peggioramento dei suoi sintomi, che «attribuisce con certezza all'autopunizione». Questa ipotesi viene suffragata da ulteriori associazioni del paziente, nelle quali egli si accusa di essere uno scialacquatore che sta rovinando la famiglia. L'analista pronuncia la parola autopunizione, e il paziente – grato per questo commento, perché ora l'analista ha abbandonato la sua riservatezza esprimendo qualcosa – critica ancora sé stesso perché per lui la vista di una ragazza graziosa e ben vestita è stata un piacere. L'analista stabilisce quindi una relazione: sia il nudo fotografico sia la ragazza producono *piacere*, ed è per questo che egli deve castigarsi. Sono stati nuovamente affrontati i sentimenti di colpa, ma è forse probabile che le autoaccuse siano servite al paziente per difendersi da sentimenti di vergogna molto più penosi, sorti in lui per un carente rispecchiamento delle sue piacevoli sensazioni vitali maschili da parte dei suoi oggetti primari.

Infatti, tanto nel nudo fotografico quanto nella ragazza si può vedere la gioia per qualcosa di vivo, ma il paziente non ne riceve alcun rispecchiamento, quindi non sorprende il suo timore di «finire nell'isolamento più completo». Però, per la sua grande insicurezza, egli dipende dall'analista. Il desiderio di rispecchiamento frustrato e non analizzato fornisce ora ad analista e paziente l'ultimo spazio per considerare i sentimenti di colpa dal medesimo punto di vista. Al paziente «sembra evidente dover pagare a caro prezzo il suo piacere». Si è stabilita una comunanza, ma su un binario secondario; su questo binario il paziente porta via anche le cose secondarie. Prima non ha ottenuto alcuna reazione, ora vuole avere consigli. (È presumibile che durante l'infanzia non abbia avuto alcun rispecchiamento emotivo, ma solo consigli su come andare avanti.) L'analista si è rifiutato di dare consigli, e il paziente ha sperimentato ancora una volta il rifiuto di una sua richiesta, ora però secondo una sua conferma. Egli ha dunque sia un rifiuto che un soddisfacimento narcisistico, e ne è consapevole.

Nella seduta successiva torna di nuovo alle foto, questa volta con ansia e non più in maniera laconica. L'ansia è dovuta alla sua secrezione prostatica. Trattandosi ora di ansia e non più di soddisfacimento narcisistico, l'analista dà una risposta e rimanda alla dermatologia. Le riflessioni passano alla possibilità che il secreto della prostata possa provocare una gravidanza. La discus-

sione è di nuovo imperniata più sulla realtà che sull'insicurezza del paziente: «Sono normale, sono pericoloso, sono come tutti gli altri o sono diverso?» Quindi affiora l'attesa domanda: «Com'è per te, analista?» L'analista risponde osservando che, appartenendo al genere maschile, produce anch'egli il liquido prostatico. La tensione emersa si scioglie nell'ilarità, che ha qualcosa dell'inconscio sollievo provocato da un motto di spirito. Inconsciamente, entrambi si sono resi conto di essere uguali, di essere tutti e due uomini. Si è stabilita ora una comunanza anche sulla questione centrale; il paziente è sollevato perché sente di essere uguale agli altri uomini.

Concludendo, ci si potrebbe chiedere perché il paziente abbia simili dubbi riguardo a ciò che produce (il liquido prostatico), perché abbia bisogno di un nudo fotografico per un autoaccertamento; presumibilmente perché gli oggetti-Sé dell'infanzia, madre e padre, non lo hanno rispecchiato in modo vitale. È probabile che la madre rispecchiasse positivamente o con avversione la sua analità; infatti un sogno lo ha infine condotto alle circostanze della sua vita, alle quali era legato lo sviluppo delle sue angosce.

La teoria del primato motivazionale del Sé, su cui si basano queste riflessioni di psicologia del Sé, in contrasto con il primato motivazionale della pulsione, esige alcuni chiarimenti teorici.

Un paziente con un Sé danneggiato, con un disturbo narcisistico della personalità, nel transfert regressivo dirige sull'analista i suoi riattivati bisogni d'oggetto-Sé, mentre secondo la teoria delle pulsioni l'analista diventa l'oggetto dei desideri pulsionali del paziente. Nasce un transfert d'oggetto-Sé, cioè un transfert speculare o idealizzato. In presenza di una di queste forme di transfert il paziente dà per scontato che l'analista svolga per lui quelle funzioni che da solo non può svolgere perché nella sua infanzia le persone più vicine non erano riuscite a esercitarle in maniera adeguata alle varie fasi. Perciò nell'approccio tecnico a simili transfert è di primaria importanza che l'analista si chieda: «Che cosa *sono* ora per il paziente, a quale scopo egli ha bisogno di me?» (mentre in un transfert di bisogni pulsionali l'analista si chiede che cosa *fa* il paziente ora con lui). Egli cercherà di immedesimarsi nel paziente e di manifestargli la sua *comprensione* con opportune osservazioni. Questa comprensione è una frustrazione ottimale giacché gli attuali desideri di rispecchiamento o di idealizzazione non vengono appagati. L'analista si limita a far sapere al paziente come è riuscito a capire i suoi sentimenti e vissuti interni. In qualche modo, questo primo passo empatico è paragonabile al comportamento di una madre che capta le condizioni in cui si trova il suo bambino. Sander (1962) parla di *shared awareness* (consapevolezza condivisa), Stern (1985) di *affect-attunement* (sintonia affettiva), Loewald (1980a) di *recognizing validation* (riconoscimento convalidante); in assenza di tale comportamento materno, lo sviluppo psichico verrà bloccato o compromesso. Al primo passo della comprensione si associa nell'analisi il

secondo, quello del *chiarimento*, dell'interpretazione, che con la ricostruzione unisce tra loro il transfert e l'approccio genetico.

La concezione da noi sostenuta nel primo volume, secondo la quale quando si studia il processo psicoanalitico il paziente non deve essere considerato in modo isolato, ma si deve tenere conto del contributo dell'analista, concorda pienamente con il concetto dell'unità Sé/oggetto-Sé (*self-selfobject unit*) costituita dal paziente e dall'analista. È tuttavia necessario fare attenzione anche ai controtransfert specifici che possono nascere in questo contesto.

Il transfert d'oggetto-Sé può provocare il controtransfert dell'analista, perché spesso può essere difficile tollerare di essere vissuto dal paziente non come centro della sua iniziativa, ma come parte del suo Sé. Kohut (1971) ha descritto come l'analista possa reagire a tali sfide, anche se inconse, e disturbare o nuocere al decorso del transfert. Possono però esistere dei *controtransfert d'oggetto-Sé*, come ha fatto notare Wolf (1979), attraverso i quali l'analista può sentire il paziente come parte del proprio Sé e interpretare (come identificazione proiettiva) ciò che a *lui* appare importante, senza capire correttamente il paziente. Anche nell'analista possono essere mobilitati bisogni d'oggetto-Sé, diretti al paziente, che gli rimangono inconsci (Köhler, 1985, 1988). Questi controtransfert d'oggetto-Sé sono paralleli a quelli in cui l'analista si innamora del suo paziente o rivaleggia con lui. In un controtransfert speculare l'analista ha bisogno di una conferma speculare della propria autostima attraverso un miglioramento del paziente che dimostri le sue capacità come analista. L'analista finisce col trovarsi nella condizione dei genitori che, desiderando essere dei buoni genitori, vorrebbero veder crescere bene i loro figli. L'atteggiamento di aspettativa inconscia del miglioramento del paziente può essere una causa importante di reazione terapeutica negativa cronica, poiché un miglioramento sarebbe una ripetizione degli antichi modelli di adeguamento alle aspettative dei genitori, e non invece la liberazione cui si perviene attraverso l'analisi.

Nel caso presentato il controtransfert non risiede in una resistenza dell'analista al bisogno che il paziente ha di lui come oggetto-Sé: l'analista ha reagito con curiosità e interesse alle descrizioni del paziente, e non con noia infastidita. Ma può essersi trattato di un controtransfert speculare, poiché l'analista dice: «Mi sorprese e mi rallegrò la determinazione con la quale il signor Arthur Y realizzò, finalmente, un piano a lungo meditato senza essere forzato da me.» Il paziente, in questo modo, ha esaudito forse le aspettative dell'analista, svolgendo una funzione di oggetto-Sé? Il paziente, da parte sua, ha avuto un transfert speculare. L'analista ha svolto la funzione di oggetto-Sé attraverso la partecipazione e la conferma della comune appartenenza al sesso maschile. Dal punto di vista della psicologia del Sé che abbiamo qui presentato, a volte, nel transfert, è più importante ciò che è

stato fatto di ciò che è stato analizzato con l'interpretazione, nonostante l'atteggiamento neutrale dell'analista.

### 3.7 *Identificazione proiettiva*

Con la risoluzione dei sintomi il monologo interno svolto finora dal paziente si trasforma, grazie all'aiuto dell'analista, in un dialogo. Specialmente nel caso di strutture narcisistiche della personalità si raggiungono nel controtransfert notevoli livelli di disagio. La perversione da cui era affetto il paziente che descriveremo comportò in un primo tempo una notevole riduzione del campo d'azione terapeutico. I controtransfert provocati da questo paziente erano strettamente correlati con la sua sintomatologia, che si manifestò nel tipo e nella forma del suo transfert. Voleva tenere totalmente in suo potere il copione della terapia e, come regista, voleva far danzare l'analista come una marionetta appesa a un filo. Questo controllo è una parte essenziale della teoria dell'identificazione proiettiva che verrà discussa più avanti. Il riassunto e la presentazione di questo caso mettono in evidenza alcuni aspetti generali di questa teoria dell'identificazione proiettiva utili all'analista curante, senza che la tecnica interpretativa sia una tecnica kleiniana.

Per motivi didattici sarebbe stimolante simulare dialoghi scuola-specifici. Con ciò è possibile immaginare alcune variazioni, mediante le quali potrebbero essere rappresentati, in modo fittizio, gli atti interpretativi, come in un seminario di tecnica. Il contenuto di realtà di tali esperimenti mentali è limitato dall'assenza del paziente. Anche nelle abituali discussioni cliniche sono inscenati, in assenza del paziente, giochi fittizi di guerra di questo tipo, inevitabilmente unilaterali, allorché i partecipanti alla discussione interpretano, alternativamente, determinate situazioni. Si potrebbe completare la messa in scena inserendo le *aspettative* dell'analista che interpreta, relative alle reazioni del paziente.

Le riflessioni teoriche hanno un'eccellente funzione euristica. Perciò potrebbe essere utile che il lettore legga dapprima la parte finale sull'identificazione proiettiva, per esaminarne poi le possibilità di applicazione nei due casi presentati.

#### 3.7.1 *Primo esempio*

Il signor Johann Y consegna all'analista, all'inizio della prima seduta, un quaderno di appunti in cui si trova la descrizione di un sintomo che gli procura molta vergogna; non desidera ancora parlarne. Dalle annotazioni risulta che soffre di una perversione: a sette anni aveva rubato delle mutandine di gomma che la madre aveva acquistato per la sorellina di due anni; le portò con sé nella toilette, le indossò e vi defecò. All'inizio della pubertà iniziò a

farsi da sé delle mutande di gomma, usando sacchetti di plastica. Il suo grande isolamento sociale era accompagnato da notevoli mortificazioni, provocando vari tentativi di suicidio. Nella prima adolescenza ebbero inizio i suoi rituali di incatenamento, con i quali riusciva a superare, in maniera autoplastica, stati di estrema impotenza, e a controllare le tensioni. Il paziente comunicò il collegamento con la masturbazione soltanto in una fase avanzata del trattamento, che venne richiesto quando la pericolosità, a causa dell'uso di cavi elettrici, aumentò notevolmente; una paralisi passeggera lo portò una volta in uno stato di panico, quando per ore ebbe paura di non potersi più liberare da solo.

Il paziente stesso mette in relazione la sua malattia con le angosce di abbandono e di disintegrazione che risalgono alla sua primissima infanzia e che si rafforzarono notevolmente, soprattutto dopo la pubertà, a causa, tra l'altro, di una psicosi di una sorella più giovane.

Nonostante il pericolo posto dall'incatenamento, il paziente era disposto a intraprendere un trattamento psicoanalitico solo se gli veniva concesso di decidere condizioni quali la frequenza e il setting (lo stare sdraiato o seduto); un precedente tentativo terapeutico era fallito perché l'analista aveva insistito sull'osservanza della tecnica standard.

L'analista che con pazienti di questo tipo si avventura in regole «flessibili» si espone a una situazione particolare. Si orienta secondo i desideri del paziente e non segue le regole della tecnica psicoanalitica. A nostro avviso è essenziale il significato che ha per l'analista una tale inosservanza, allorché adatta il setting alle esigenze di un paziente. Si tratta di un ricatto? No, non si viene ricattati concedendo al paziente grave il diritto di fissare da sé le condizioni di terapia per lui tollerabili. Non si tratta di un atto unilaterale se la modifica del setting rende possibile acquisire conoscenze psicoanalitiche e permette l'esercizio di influenze terapeutiche. Più esattamente: il consenso dell'analista implica la sua capacità di lavorare nell'ambito della cornice pattuita, anche quando la possibilità di formare un «noi insieme» terapeutico, nel senso di Sterba, diventa in tal modo minima. Perlomeno è stata raggiunta un'intesa che accontenta ambo le parti.

Naturalmente sorge subito l'interrogativo perché mai un paziente abbia bisogno di mettere così in rilievo la sua autonomia, reagendo a ogni intervento che non gli va bene con l'interruzione della seduta, o con cronici rimproveri e ammonimenti. Se il paziente impone all'analista quando parlare e quando tacere, scatena nel controtransfert impotenza e il sentimento di «essere incatenato». L'analista non è più, chiaramente, padrone in casa propria, ma si trova in una relazione manipolativa, da cui col tempo spera di uscire con l'aiuto delle sue interpretazioni.

L'«incatenamento» attraverso la «dittatura» del paziente produce inevitabilmente problemi affettivi che, in corrispondenza della rigida regolazione

relazionale del paziente, corrono sempre il rischio di finire in un'analogia rigida «controidentificazione proiettiva» nel senso di Grinberg (1962, 1979). Rimandiamo anche a un caso esposto da McDougall e Lebovici (1969): Sammy, di nove anni, per molto tempo parlava solo se la sua analista scriveva ogni sua parola. Egli usava gridare: «Scrivi adesso ciò che ti detto, io sono il tuo dittatore.» (In inglese è più evidente il gioco di parole tra *dictate* = dettare, e *dictator* = dittatore.)

Il problema affettivo consiste nell'evitare di infuriarsi o di non partecipare all'imposta passività, che è addirittura impotenza. È particolarmente importante che, con pazienti con scarse potenzialità di cambiamento, l'analista sia in grado di mantenere un vivo interesse con l'acquisizione di insight sulle correlazioni psicodinamiche, cioè attraverso l'acquisizione di conoscenza. Nelle analisi difficili si ottiene da ciò una gratificazione senza la quale i periodi di difficoltà sarebbero duri da sopportare. A nostro avviso è importante che l'analista scopra come si possa mantenere un atteggiamento positivo nelle situazioni difficili e trovare, nonostante il notevole disagio, un minimo di gratificazione.

La seduta seguente ebbe luogo alla fine del terzo anno di trattamento.

Il paziente, generalmente puntuale, arriva in ritardo e si dirige subito verso la sedia osservando che il suo ritardo è l'espressione della sua ambivalenza: oggi si è trovato senza un piano, senza un itinerario da seguire. Ha constatato che il modo di lavorare con me non funziona più tanto bene.

Per chiarire la sua posizione il signor Johann Y usa espressioni plastiche di grande forza espressiva con le quali intende dare degli orientamenti ausiliari, e io non devo studiarle nel loro contenuto metaforico.

PAZIENTE: Credo di doverle comunicare le riflessioni che ho fatto sul funzionamento della terapia e, d'altronde, anche sul funzionamento della mia vita. Ci sono due processi: un *processo di compensazione* e un *processo di sviluppo*. A causa delle molte esperienze che hanno reso difficile la mia infanzia, il processo di sviluppo si è arrestato e io mi sono impegolato in processi di compensazione in cui hanno un ruolo particolare le donne. La notte scorsa ho avuto davanti agli occhi un'immagine, forse era un sogno o una visione, non mi era chiaro.

Questa descrizione è caratteristica per la difficoltà di mantenere stabili i confini tra esterno e interno. Solo difficilmente il paziente riesce a identificare le immagini interne come tali.

PAZIENTE: Nella valle del ricordo ho incontrato quattro donne che mi hanno rinfacciato di averle derubate e volevano che restituissero loro le cose rubate. Ma non potevo più restituirle, erano proprio consumate. Questa era l'immagine, credo che le quattro donne siano le quattro ragazze prima di Maria.

Il paziente non aveva ancora avuto una relazione eterosessuale intima, ma trovava sempre delle donne alle quali si offriva come amico platonico, senza permettere mai un contatto. Erano perlopiù donne che avevano avuto dei litigi con un altro partner e, conversando con lui, trovavano conforto e aiuto. Da queste relazioni il paziente traeva sempre gratificazioni fantastiche di nascosto, per avere poi, regolarmente,

la delusione di essere abbandonato in favore dell'«uomo giusto». La relazione con Maria si differenzia sostanzialmente da quelle precedenti per il fatto che dura già da alcuni anni: è molto importante il fatto che non appartenga al suo spazio di vita quotidiano; Maria abita centinaia di chilometri lontano e così sono possibili solo visite sporadiche. Al di là di queste distanze egli ha potuto creare un rapporto stabile, in cui Maria funge da ideale dell'Io esteriorizzato.

PAZIENTE: Credo che con Maria sia iniziata una nuova era, perciò non posso ancora attraversare la valle del ricordo, devo esplorarla con maggiore precisione; al momento, però sono di nuovo nel deserto.

Le sue comunicazioni servono, in primo luogo, a superare le tensioni interne; si tratta evidentemente di tipiche intellettualizzazioni, mediante le quali egli mantiene il suo equilibrio. Già a livello manifesto stento spesso a capire dove mi voglia condurre con il suo pensiero ramificato. Ha definito «passaggio attraverso il deserto» la fase precedente alla «valle del ricordo»; quindi per prima cosa tento di prendere lo spunto dalla sua decisione di non sdraiarsi sul lettino ma di cercare un posto più sicuro sulla sedia.

ANALISTA: Probabilmente è più sicuro e anche saggio che lei non si sdrai sul lettino, giacché si trova ancora nel deserto, e senza un itinerario non si va nel deserto.

Mi adeguo al suo modo di esprimersi, ben sapendo che in tal modo sarà mantenuta la distanza creata con questo linguaggio.

PAZIENTE: Dove sono, in quale dimensione del processo? Penso di essere nel mondo della compensazione, ma la valle del ricordo riaprirebbe il mondo dello sviluppo. Desidero che lei mi preceda su questa strada perché io possa guardare da lontano.

ANALISTA: Le escursioni che abbiamo fatto finora nella valle dei ricordi hanno sempre presentato anche moltissimi ricordi dolorosi che la opprimevano, e se fossi io a precederla sarei io allora a darle il ritmo, e non lei, qui vedo il rischio.

Il paziente può accettarlo; dice che adesso deve imparare a dare il ritmo assieme a me. Certamente è giusto che sia così e nello stesso tempo questo gli darebbe la sicurezza di poter regolare il lavoro. (All'inizio dell'analisi, io lo precedevo spesso con vari tentativi, per raggiungerlo nella sua solitudine schizoide.)

Nella seduta successiva porta con sé uno scritto e mi ingiunge di leggerlo subito. Per le esperienze finora avute con lui *non* leggere questo scritto, ma pregarlo di dirmi direttamente il suo contenuto, porterebbe alla repentina interruzione della seduta. Leggo dunque le sue annotazioni:

«Nella seduta precedente, chiarendo la questione di cosa voglio ottenere da lei, abbiamo fatto un decisivo passo in avanti. Mi sento ora in grado di presentarle un'esposizione dei fatti con la quale potrà incominciare a fare qualcosa.

«Si tratta di "chiodi senza capocchia". Per chiarire: i chiodi senza capocchia sono le impostazioni psicoanalitiche (che scompongono in senso teorico) atte alla soluzione dei problemi, ma senza un concreto cambiamento. (La capocchia sarebbe la forma di volta in volta possibile della realizzazione o dell'ulteriore sviluppo dell'impostazione.)

«La mia intenzione è di cambiare nel mio caso questo modello di comportamento. A questo scopo ci sono, principalmente, le seguenti descrizioni di mete:

- a) faccio da solo "chiodi con capocchia" e non parlo affatto;
- b) fa lei "chiodi con capocchia", e allora questi sono i chiodi suoi e io non li posso utilizzare;
- c) lei mi aiuta a trovare qui "i chiodi" e mi lascia fare da solo "le capocchie".»

Dopo la lettura di questa sua comunicazione non do alcuna interpretazione dell'espressione formale, ma afferro l'immagine offerta.

ANALISTA: Il compito che lei assegna ad ambedue non è facile, però, probabilmente, è molto importante che lei abbia la possibilità di prendere qui i «chiodi» – i suggerimenti che posso darle – e che lei, a sua volta, si senta anche sicuro che la realizzazione, la messa in pratica, sia veramente solo una cosa sua.

In un primo momento il paziente è soddisfatto e racconta delle molteplici attività intraprese in tutti i campi negli ultimi mesi, durante i quali è riuscito a muoversi con relativa sicurezza.

PAZIENTE: Credo di cercare la libertà dell'autodeterminazione. Libertà come la intendo io. Nell'anno passato è stato un suo grande errore starmi troppo accanto nel mio sviluppo attivo e positivo, averne forzato il ritmo. Ho ridotto le sedute per questo. Ora si limiti ad accompagnarmi.

Il paziente si riferisce a un episodio in cui avevo ripetutamente tentato, con le interpretazioni, di aprirmi un varco nelle sue fissazioni, con il risultato che egli era finito in una disposizione d'animo suicidaria e per alcuni giorni era ricorso alla sorveglianza di una clinica psichiatrica. Il mio sentimento, nato dall'essere «incatenato» da lui – non nel senso di affascinato, bensì di limitato e tenuto fermo – mi aveva portato a interpretare che non mi faceva partecipare alla sua evoluzione come avrei voluto. Questo tentativo di dargli, attraverso l'interpretazione dell'interazione, una prospettiva del suo modo di manipolare la nostra relazione, riattivò probabilmente un'esperienza di intrusione da parte di sua madre.

Dal punto di vista biografico si può attribuire l'aspetto schizoide del disturbo a esperienze traumatiche della prima infanzia. Nei ricordi il paziente si vede come un lattante che grida per ore e che la madre trascura. Quando a cinque anni, dopo la nascita della sorella, divenne un bambino sempre più difficile e la madre non voleva lasciarlo solo con la sorellina, veniva legato con la tenda nella stanza accanto. Ancora oggi riesce a ricordarsi quanto si vergognasse, quando nel periodo della nascita della sorella incominciò a farsi addosso i suoi bisogni, dopo che aveva imparato presto a non farlo più.

La mia strategia interpretativa si orientava prevalentemente sulle connessioni genetiche attuali di rifiuti, mortificazioni e offerte di seduzione femminile, portatrici di angoscia, che di volta in volta facevano ripiegare il narcisismo nella perversione; il superamento, sempre migliore, di queste situazioni produsse una concomitante palese riduzione della frequenza degli atti perversi.

Dopo tre anni di trattamento il paziente è in grado di annotare i seguenti pensieri sulla funzione dell'incatenamento:

«Mi è diventato chiaro il significato dell'incatenamento. Per me è un'importante fondamentale esperienza del Sé. Qui importa il fatto che io mi libero solo quando mi concentro su questo mettendo da parte altri aspetti come dolori o sentimenti d'angoscia. Se prevalgono questi ultimi, non ho quasi nessuna probabilità di riuscire. Ciò corrisponde esattamente alla mia situazione reale; quando i sentimenti di ansia diventano determinanti, quando non ho più spazio per il "libero" pensiero e comportamento, la mia malattia diventa acuta. Inoltre la pericolosità dell'incatenamento corrisponde proprio alla minaccia di pericolo in ogni singola situazione. Un incatenamento semplice, senza aggiunte complementari, mi lascia molto tempo, vale a dire finché "ho sete da morire", circa tre giorni. Non ho mai perso più di un'ora su questi presupposti. Se intervengono la corrente elettrica, la mancanza d'aria o un accumulo di calore, si abbrevia corrispondentemente il tempo stabilito e la mia concentrazione deve aumentare in ugual misura; cresce così il valore dell'"esperienza del Sé". Nelle rispettive combinazioni, mi sono state necessarie fino a tre ore al massimo, ma in "circostanze fortunate" ero libero già dopo due minuti. Il significato dell'incatenamento sta nell'impedire l'acutizzarsi della malat-

tia; esso prende il posto della necessaria esperienza di sé e, in un determinato spazio di tempo, dell'esperienza della propria identità, che non possono essere garantite altrimenti.»

Ciò che il paziente descrive come «malattia acuta» sono terribili angosce che compaiono in un'interazione troppo diretta. Mediante l'atto dell'incatenamento egli padroneggia i pericoli fantasticati compiendo su sé stesso le azioni umilianti che gli furono fatte, e controlla così la propria distruttività. L'angosciante perdita del controllo degli sfinteri di quando era bambino è in qualche modo collegata, nell'atto perverso, all'autosoddisfacimento masturbatorio quale evacuazione prevista e intenzionale. Si compie così il piacevole trionfo sulla madre e su tutte le donne che, come sue seguaci, lo hanno turbato e mortificato. La denigrazione delle donne – che include anche un aspetto di identificazione con il padre il quale, dichiaratamente, ha una scarsa opinione della madre – si trova anche al di fuori della perversione, rovesciata in riparazione, ammirazione e idealizzazione. Nello stesso tempo il paziente è costretto a mantenere una certa distanza dalle donne per preservarle dai suoi attacchi e conservare il fantasticato amore della madre, come rileva anche Stoller (1968, p. 4):

La perversione, forma erotica dell'odio, è una fantasia, di regola con passaggio all'atto, ma talvolta limitata alla forma di sogno diurno. È una deviazione abituale e privilegiata, necessaria per il proprio soddisfacimento, che, primariamente, è motivata dall'ostilità (...) L'ostilità prende forma nella perversione in una fantasia di vendetta, celata nelle azioni perverse, con l'obiettivo di trasformare il trauma del bambino in un trionfo dell'adulto.

Nello scambio inconscio dei ruoli il paziente stesso è la madre, persino più potente di lei, e può controllare tutto. Una motivazione più superficiale del suo controllo – definibile come autonomia anale – viene collegata dal paziente con i molti trasferimenti, che non gli hanno permesso di sviluppare il sentimento di sentirsi al sicuro e in casa propria.

### 3.7.2 *Secondo esempio*

Nel seguente esempio (vedi Jiménez, 1989) i fenomeni percepiti rimandano a processi utilizzati la cui diagnosi si fonda su una comprensione del controtransfert, per quanto lo consente la teoria dell'identificazione proiettiva. Per la sua formazione, l'analista che ha trattato questo caso si situa nella tradizione della scuola kleiniana. Pertanto, non solo questa teoria gli è familiare, ma è stato anche addestrato nell'applicazione della relativa tecnica terapeutica. Per il giudizio relativo a un trattamento non è, ovviamente, essenziale che l'analista venga dichiarato appartenente a una data scuola da una qualsiasi persona autorevole. È ad ogni modo indispensabile raggiungere un accordo rispetto a determinati criteri, quando si confrontano tra loro le tera-

pie delle varie scuole e dei vari orientamenti. Nel nostro esempio non si tratta di questo, anche se nei nostri commenti saranno fatte delle considerazioni comparative, che serviranno a chiarire alcuni problemi, sfiorando appena la questione della diversa efficacia. L'autonomia del linguaggio terapeutico metaforico, che abbiamo menzionato sopra, ci impone di essere discreti a questo riguardo.

All'età di venticinque anni la signora Veronika X intraprese un'analisi a causa di un torcicollo spastico. L'attacco di torcicollo compariva solo in caso di tensione emotiva, e soprattutto in occasione degli esami che affrontava nella sua formazione professionale. Lo scatenamento psicogeno dell'involontaria rotazione del capo, che aveva le caratteristiche di un tic o, detto altrimenti, l'effetto rinforzante delle emozioni sul sintomo neurologico, appariva chiaro a un esame accurato, e la paziente stessa se n'era accorta. Si formò così un circolo vizioso, che abbiamo descritto, a proposito di un altro caso di torcicollo (5.2, 5.5), come tipico di varie malattie, essendo trascurabile se la sua causa primaria sia prevalentemente psichica o fisica.

Nella terapia della signora Veronika X la sindrome neurologica passò in seconda linea di fronte a una grave struttura di tipo borderline. Una violenta erotizzazione del transfert danneggiava di continuo l'alleanza di lavoro, rendendo notevolmente gravoso il controtransfert in molte sedute.

Nel primo anno di trattamento la paziente era raramente capace di stare sdraiata sul lettino per tutta la seduta. Perlopiù avveniva che girasse impaurita per la stanza, gettandomi di tanto in tanto occhiate furiose e cattive, manifestando nello stesso tempo un profondo stato di impotenza. Spesso sedeva accovacciata ai miei piedi mentre stavo seduto sulla mia sedia. La mia tolleranza verso questo modo di comportarsi era accompagnata dai tentativi di dare un significato ai suoi sentimenti e di interpretare le sue angosce, prima di un'ulteriore perdita di controllo. Una volta fu necessario porre una netta linea di confine. Quando la paziente non sopportò che scrivessi delle annotazioni durante la seduta e saltò dal lettino per strapparmi dalla mano la biro reagì con molta determinazione: «Se non mi dà immediatamente indietro la biro, mi costringe a porre fine al trattamento.»

[*Commento*]. Fu quindi lanciato il segnale d'allarme per evitare ulteriori attacchi, che sono gravosi per l'analista e possono essere altamente traumatizzanti per il paziente; la perdita di controllo infatti incrementa profonde angosce e porta alla vergogna. Nell'attacco di rabbia i bambini cercano l'appoggio dell'adulto.

Nonostante questo la signora Veronika X era capace di un fruttuoso lavoro terapeutico. Raccontava sogni che permettevano il lavoro psicoanalitico nonostante una forte frammentazione e il predominio di un mondo di oggetti parziali e del lin-

guaggio corporeo. In tal modo da ambo le parti fu mantenuta la speranza che valesse la pena di proseguire il trattamento, e ciò era confermato anche dai progressi nella sua vita quotidiana e dalla diminuzione della sintomatologia psichica. La mia capacità di mantenere la serenità e una visione d'insieme e di riconoscere le connessioni risvegliò nella paziente una grande ammirazione. Spesso disse che non avrebbe avuto più difficoltà se avesse potuto pensare come me; questa ammirazione provocò domande su come raggiungessi questa o quella comprensione, e alle mie risposte reagiva spesso con violenta rabbia. Restava dell'opinione che le risposte fossero evasive e incomplete, o implicassero il desiderio di non fornire la «fonte» del sapere.

[*Commento*]. Come abbiamo esposto nel primo volume (7.4), proprio nei casi borderline è importante dare risposte reali. Inoltre, in tutte le analisi è utile partecipare al paziente il sapere dell'analista, come abbiamo descritto in 2.2. Con ciò le lagnanze e le accuse di essere esclusi dalla «fonte» non vengono eliminate, ma spesso sono talmente mitigate che il rapporto di tensione tra potere e impotenza è a favore del paziente. Facciamo questo commento per motivi didattici, e non possiamo sapere se l'analista curante avrebbe potuto dare ancora maggiori informazioni sul retroscena delle sue interpretazioni.

Le reazioni terapeutiche negative divennero più frequenti nel corso dell'analisi, e vi si poteva intravedere una componente di invidia, man mano sempre più manifesta. Ogni volta che la paziente aveva l'impressione che, nonostante tutte le difficoltà di cui era perfettamente consapevole, fossi capace di continuare il mio lavoro e di riconoscere il suo estremo bisogno di aiuto, reagiva in maniera molto ambivalente, mescolando ad accessi di rabbia il riconoscimento che la terapia le era veramente di aiuto.

Nel terzo anno di analisi, all'inizio della seconda seduta settimanale, la signora Veronika X prima di sdraiarsi sul lettino mi guardò negli occhi con uno sguardo lungo, fisso e penetrante, che provocò un grande effetto controtransferale di cui non riuscii a capire bene l'origine. Seguì un lungo silenzio, e alla mia domanda, a che cosa pensasse, rispose come aveva già ripetuto molte volte: al suo desiderio sessuale per me. Questa volta, al contrario delle precedenti, la dichiarazione sessuale esplicita ebbe l'effetto di risvegliare in me delle fantasie sessuali. incominciai a immaginarmi, in modo del tutto concreto, una relazione sessuale con lei, e questo mi disorientò molto. La mia prima reazione fu di sentirmi provocato, non dalla diretta dichiarazione sessuale, bensì in maniera difficilmente definibile. Durante un lungo silenzio lottai per capire che cosa fosse accaduto questa volta, perché mi sentissi preso da così forti emozioni. Chiesi ancora una volta alla signora Veronika X quale pensiero avesse in quel momento. Rispose che ricordava qualcosa accadutole alcuni anni prima in Spagna. In una giornata molto calda era scesa nella cripta di un castello medievale con un gruppo di turisti. Lì era fresco e regnava un'atmosfera molto piacevole. Nella cripta si trovava un sarcofago di pietra con una bella figura giacente che rappresentava un principe. Si sentì affascinata dalla bella figura e nello stesso momento desiderò intensamente di possederla, sentendosi piena di rabbia perché era a disposizione di molti stupidi turisti. Questa associazione e le mie fantasie sessuali (nelle quali lei mi si avvicinava e mi accarezzava) mi portarono alla seguente interpretazione:

ANALISTA: Credo che lei vorrebbe avere per sé il mio corpo e la mia mente, che per lei sono la stessa cosa. Solo per sé, senza dovermi spartire con gli altri stupidi pazienti. Avermi tutto per sé, per esaminarmi in qualche modo, studiarli, toccarmi, conoscermi dettagliatamente, leggere i miei pensieri, e conoscere alla fine che cosa c'è dentro di me.

La paziente reagì confermando l'interpretazione e aggiunse che allora era penetrata con la fantasia nel sarcofago. Dentro il sarcofago si era sentita molto bene e aveva avuto l'illusione che il principe appartenesse a lei sola.

ANALISTA: Sì, per lei sola, ma trasformato in un cadavere. Lei fantastica sulla possibilità di possedermi interamente dormendo con me. Dovrebbe essere una mia iniziata, un mio desiderio, possedere il suo corpo. Contemporaneamente le è chiaro che se riuscisse ad attirarmi in un rapporto sessuale, mi trasformerei in un analista morto, come analista morirei.

Dopo questa interpretazione sentii in maniera drammatica che l'eccitazione era sparita. Nel corso della seduta completai la mia interpretazione.

ANALISTA: Credo che lei possa difficilmente sopportare il forte desiderio di un rapporto totale, e che l'unica possibilità, per rendere più sopportabile questo suo stato, consista nel tentativo di provocare in me gli stessi sentimenti, cioè il desiderio che la tiene paralizzata e incatenata sul lettino come la figura che giace sul sarcofago. Solo in tal modo può provocare in me questo intenso sentimento.

All'inizio della seduta successiva la paziente disse che l'interpretazione del giorno precedente l'aveva resa «verde di rabbia». Risposi che l'espressione giusta era «verde d'invidia», che il colore della rabbia è il rosso. Dopo alcuni minuti di silenzio, raccontò un sogno della notte precedente: era una bambina molto piccola e stava rannicchiata ai piedi di un uomo piuttosto anziano che sapeva raccontare molto bene le fiabe. Era molto entusiasta del racconto, ma nello stesso tempo le faceva rabbia che il vecchio uomo possedesse questa abilità. Poi incominciò ad arrampicarsi sul suo corpo fino ai suoi occhi e tentò di schiacciargli il globo oculare con le dita. Il vecchio evitò i suoi tentativi con molta destrezza e senza respingerla apertamente, così non le riuscì di accecarlo.

Attraverso il sogno mi fu possibile comprendere le reazioni terapeutiche negative della paziente e il suo uso dell'identificazione proiettiva. Capii come fosse entusiasta della mia capacità di raccontarle storie sulla sua realtà psichica, ma come questo suo entusiasmo risvegliasse una grande avidità e invidia, legate al sentimento di essere molto piccola e impotente. Attraverso questo sentimento di impotenza crebbe in lei il bisogno di rimuovere questa pericolosa differenza distruggendone la fonte, vale a dire la mia capacità di vedere dentro di lei. Nei confronti di questa differenza la paziente si difese a sua volta tentando di «mettermi dentro» desideri sessuali che potessero sconcertarmi. Quando notò che io mantenevo la mia capacità di insight nonostante i suoi tentativi, si sentì sollevata da un lato, ma dall'altro si rinforzò il circolo vizioso. Il fatto che questa volta non presentasse alcuna reazione terapeutica negativa ma, al contrario, fosse in condizione di raccontare un sogno chiarificatore delle precedenti reazioni terapeutiche negative, è probabilmente un segno dell'interruzione del circolo vizioso, come fu confermato dall'ulteriore decorso del trattamento. La signora Veronika X ha ora fiducia nel fatto che la sua aggressività, temuta perlopiù da lei stessa, e i suoi attacchi invidiosi, possano essere sostenuti dall'alleanza di lavoro. Sa per esperienza che sono in grado di sopportare emozioni piuttosto intense e di scendere con lei in una cripta, senza perdere la mia capacità di insight.

[*Commento*]. Forse in un primo tempo il circolo vizioso si è rinforzato perché l'analista ha visto nella paziente qualcosa di nuovo, perciò ha voluto confonderlo. Perché la paziente non può identificarsi con il piacere di vedere e di essere vista? E che cosa si può fare per interrompere il circolo vizioso? L'imperturbabilità dell'analista è in un certo senso innaturale, perché genera un intenso eccitamento che causa confusione e turbamento. Il mettere dentro serve alla compensazione equilibrata tra sopra e sotto, tra destra e sinistra, tra chi possiede e chi non possiede ecc.

### 3.7.3 Note sull'identificazione proiettiva

Come abbiamo esposto nel primo volume (3.2), nella scuola kleiniana la teoria dell'identificazione proiettiva (e introiettiva) serve a spiegare e motivare la concezione globale del controtransfert. Originariamente il concetto di identificazione proiettiva (e introiettiva) era basato su ipotesi relative al «significato delle angosce e dei meccanismi schizoidi e paranoide primitivi», che Melanie Klein (1946, p. 409) definì come asserzioni, come «ipotesi (...) tratte deduttivamente da materiale» ricavato dalle analisi di bambini e adulti. Rimane comunque aperta la questione della direzione in cui si muovono maggiormente le deduzioni, se dal materiale alla teoria o viceversa. È più probabile la seconda ipotesi, poiché Melanie Klein appartiene a quel gruppo di analisti – come risulta dal caso del piccolo Richard (vedi 1.3) – la cui tecnica interpretativa è in grandissima misura guidata dalla teoria. Sia come sia, la teoria dell'identificazione proiettiva e introiettiva si riferisce alle fantasie primitive precoci. Penetrare nella madre e «mettere dentro» il suo corpo parti scisse di sé e, inversamente, esserne nuovamente penetrati, è il nucleo di questo sistema interazionale fantastico coinvolto. Melanie Klein lo considerava in un primo tempo come prototipo di una *relazione oggettuale aggressiva*. Successivamente Bion (1959) e Rosenfeld (1971, 1987) hanno descritto una particolare forma di *identificazione proiettiva al servizio della comunicazione* in cui il «mettere dentro» la madre (l'analista) dei sentimenti avrebbe lo scopo di risvegliare in lei (in lui) un determinato sentimento, per segnalare in tal modo uno stato psichico che non può essere verbalizzato, ed eventualmente «mettere in movimento» la madre (l'analista) in una qualche direzione.

Se fosse possibile comprendere e spiegare la capacità di immedesimazione dell'analista, e in genere la fruizione essenziale del dialogo tra paziente e analista, secondo il modello dell'identificazione proiettiva e introiettiva, la psicoanalisi sarebbe in possesso di una sua propria e originale teoria della comunicazione. Questa sarebbe ampiamente al di sopra di un esame critico da parte di altre scienze perché, in caso di dubbio, sarebbe sempre possibile risalire al fatto che si tratta di processi inconsci, che hanno la loro origine nel primo periodo, preverbale, dello sviluppo. Con questa argomentazione

possono essere apparentemente tralasciati i risultati dell'osservazione diretta dell'interazione madre-bambino. Anche una critica scientifica ben fondata non è accolta da molti analisti, per il buon motivo che il linguaggio della pratica che si sostiene in questa teoria può trovare una forte risonanza nel paziente. Le metafore usate per colorire l'interscambio di pensieri si riallacciano a vissuti corporei. Indichiamo solo alcuni esempi: «Mi arrivò fino al midollo», «voglio che te lo ficchi ben dentro». Un verbo prediletto nel linguaggio terapeutico kleiniano è «mettere dentro». Con esso si provocano connotazioni sia orali che falliche. Il linguaggio terapeutico legato all'identificazione proiettiva è pertanto un accentuato «linguaggio d'azione» (*action language*), che pone in rilievo l'aggressività (vedi Thomä, 1981, p. 105).

L'espressione «mettere dentro» risale presumibilmente alle metafore con l'aiuto delle quali Melanie Klein (1946, p. 416) tentò di descrivere il processo della proiezione:

La descrizione di questi processi primitivi è resa gravemente svantaggiata dal fatto che le connesse fantasie si producono in un'epoca in cui il lattante non ha ancora cominciato a esprimere i pensieri verbalmente. Qui, per esempio, io uso l'espressione «proiettare *dentro* la madre» perché non ho altro modo di comunicare l'idea del processo inconscio che sto cercando di descrivere.

Per i motivi esposti, gli analisti possono dunque fare molto con il concetto di identificazione proiettiva, proprio perché è definito in maniera molto vaga e fa parte di quei concetti psicoanalitici che sono intesi in modo particolarmente insufficiente, come sostiene Ogden (1979), uno dei proponenti.

Veniamo ora alla differenza tra *proiezione* e *identificazione proiettiva*, che va vista nella circostanza se, e a quale livello di consapevolezza, chi proietta resta legato ai contenuti proiettati. È dubbio se sia possibile stabilire tale differenza tra identificazione proiettiva e proiezione, se la persona che proietta rimanga o no legata inconsciamente alle parti del Sé espulse e nascoste. Questo genere di legami caratterizza, secondo Freud (1937b), anche i sistemi paranoidei che si instaurano attraverso la proiezione e vengono poi mantenuti in senso circolare. Si deve far notare con vigore che il processo della proiezione, in cui si svolgono identificazioni inconsce, può essere legato a molti contenuti. Può quindi trarre in inganno negli sviluppi paranoidei pensare solo in termini di proiezione di contenuti omosessuali, come li ha descritti Freud nel delirio di gelosia. Dal momento che Freud si è occupato specialmente della proiezione dei desideri omosessuali, è stato ampiamente trascurato il fatto che la teoria della proiezione si riferisce a processi *formali* che possono legarsi a molti *contenuti* inconsci. Solo in una versione semplificata della teoria della proiezione sembra sia possibile stabilire differenze essenziali tra questa e l'identificazione proiettiva.

La conoscenza della proiezione è molto antica. Secondo la Bibbia (Luca 6, 42) si vede la *pagliuzza* nell'occhio dell'altro, ma non la *trave* nel proprio.

Con questo concorda la spiegazione di Freud dei sistemi paranoidei. Essi si mantengono perché il «portatore di trave» cerca dappertutto, e trova, piccole pagliuzze che gli confermano quanto è cattiva la gente con lui. Così evita di riconoscere la propria «trave» come presupposto della sua eccessiva sensibilità verso il male insito negli altri e verso ciò che egli fa loro. Trova qui espressione il radicarsi dei processi proiettivi nell'intersoggettività.

Kernberg (1965, p. 76; corsivo nostro) descrive questo processo come segue:

Ho proposto di considerare l'identificazione proiettiva come una prima forma del meccanismo di proiezione. Per quanto riguarda gli aspetti strutturali dell'Io, l'identificazione proiettiva si differenzia dalla proiezione in quanto l'impulso proiettato su un oggetto esterno non appare come qualcosa di estraneo e distante dall'Io, poiché continua la connessione del Sé con quell'impulso proiettato, e quindi il Sé *prova empatia* per l'oggetto. L'angoscia che in un primo tempo ha provocato la proiezione dell'impulso sull'oggetto ora diventa paura di quell'oggetto, accompagnata dal bisogno di controllarlo per impedirgli di attaccare il Sé qualora si trovi sotto l'influsso di quell'impulso. Dall'attivazione del meccanismo d'identificazione proiettiva consegue o si sviluppa parallelamente un annebbiarsi dei limiti fra il Sé e l'oggetto (perdita dei confini dell'Io), poiché l'impulso proiettato viene sempre, in parte, riconosciuto come facente parte dell'Io, e perciò Sé e oggetto si fondono alquanto caoticamente.

Abbiamo messo in risalto il legame empatico perché è in contrasto con l'affermazione che «Sé e oggetto in questo ambito si fondono alquanto caoticamente». Sembra che finora la micropsicologia di questi processi sia rimasta ampiamente metaforica.

L'identificazione proiettiva, come altri meccanismi inconsci, non è direttamente osservabile, ma deve essere inferita. Si tratta di supposizioni su fantasie, non di fantasie in sé. In deduzioni di questo genere è necessario esaminare con molta attenzione la plausibilità delle ipotesi teoriche sulle quali si basano le interpretazioni. Nel caso dell'identificazione proiettiva e della sua gemella, l'identificazione introiettiva, deve essere perciò chiarito fino a che punto questi processi e posizioni assunti dipendano dal supposto nucleo psicotico del lattante. È probabile che molti analisti condividano l'ipotesi delle posizioni schizoparanoide e depressiva, senza alcun dubbio sull'effettiva esistenza di questo nucleo psicotico quale fase di passaggio universale, con ripercussioni quasi atemporalmente.

Nel primo volume (1.8) abbiamo parlato delle diverse mitologie sul bambino in tenera età. Il mito del nucleo psicotico fa sì che ogni sviluppo *sano* abbia bisogno di una spiegazione. Oggi non possono essere più mantenute molte premesse su cui si fondano le tipiche interpretazioni kleiniane (vedi ad esempio Lichtenberg, 1983a). Le interpretazioni cliniche che derivano dall'ipotesi di un nucleo psicotico erano e sono dunque false. Gli analisti strettamente legati a scuole si lasciano impressionare poco da questo. Si rimanda all'evidenza clinica: le idee di Melanie Klein si sarebbero dimostrate

di straordinaria efficacia terapeutica. È possibile agire correttamente partendo da premesse false? Quello che è logicamente impossibile, nella pratica sembra funzionare perché l'attività terapeutica può fondarsi in modo autonomo e non essere affatto condizionata dalle false premesse teoriche. A questo riguardo non c'è nessuna differenza di principio tra le diverse scuole psicoanalitiche.

Se si libera il concetto di identificazione proiettiva dalle sue insostenibili premesse, si ricava una nuova prospettiva. A prescindere dal fatto che Melanie Klein, come donna, creò nel movimento psicoanalitico una contrapposizione a Freud e svolse con ciò una funzione storicamente molto significativa, le sue idee devono essere recepite come segni precursori del fondamento psicosociologico della psicoanalisi. Nell'identificazione proiettiva e introiettiva sono descritti processi di interscambio nell'influenza reciproca tra gli esseri umani.

Processi di interscambio determinano la vita umana fin dalla nascita. C'è da sperare che l'identificazione proiettiva e altri concetti psicoanalitici vengano integrati in una teoria e in una prassi dell'intersoggettività scientificamente fondate. Questa trasformazione colpisce indirettamente il linguaggio terapeutico, ricco di immagini. Nell'uso delle metafore sorgono alcuni problemi. Dal momento che l'identificazione proiettiva viene definita come fantasia inconscia, si può interpretarla anche quando l'analista non prova alcun controtransfert che possa essere messo in connessione con questa determinata fantasia del paziente. Per esempio, il paziente può raccontare un sogno in base al quale l'analista deduce una particolare identificazione proiettiva. Qui il problema consiste nel mettere i contenuti delle fantasie inconse in un rapporto causale con il vissuto o il comportamento del paziente, e precisamente in riferimento alla sua *intenzionalità particolare*, al desiderio, per esempio, di mettere qualcosa dentro il corpo dell'altro. Non basta partire dall'*intenzionalità di principio*, cioè dalla referenza oggettuale primaria di tutti i desideri e le fantasie.

In primo luogo, si deve distinguere se un determinato vissuto del controtransfert proviene effettivamente dal paziente. Poi si deve trovare l'accesso alle supposte fantasie del paziente e porle in relazione con i mezzi da lui usati nell'interazione (modo di esprimersi e di comportarsi, gesti ecc.) per provocare nell'analista il corrispondente vissuto. Infine si deve chiarire se la proiezione serve ad aggredire il legame con l'analista e paralizzarne in tal modo la capacità di pensiero, o se invece persegua lo scopo di comunicare uno stato interiore non verbalizzabile. Sotto questo aspetto il destino di una determinata identificazione proiettiva è in fin dei conti di *natura diadica*. Ciò significa che il carattere di una determinata identificazione proiettiva non è dato soltanto da una presumibile «intenzione» da parte del paziente, ma dipende dalla capacità dell'analista di capire i sentimenti controtransferali e

quindi di «assimilarli», cioè decodificarli e restituirli in qualche modo attraverso le interpretazioni. Bion ha definito questo processo «capacità di *rêverie*»: quando l'analista fallisce nella sua capacità di *rêverie* viene «inondato» dalle emozioni scatenate, non riesce più a pensare e si sente confuso. La comunicazione con il paziente si interrompe e l'analista è incline a supporre che il paziente abbia «messo dentro» di lui la propria confusione.

Nella stessa situazione, provocata dalla medesima identificazione proiettiva, un altro analista potrebbe non confondersi ed essere in grado di comprendere il messaggio trasmesso, in modo che l'interpretazione possa raggiungere il contenuto della fantasia inconscia. Le due situazioni si configurano dunque come contrapposte. Nel primo caso, probabilmente, viene rappresentato l'appagamento mediante la distruzione, nel secondo il bisogno libidico di conservare il legame. Da ciò risulta che la funzione dell'identificazione proiettiva è negoziata dall'interpretazione.

Sebbene dalla descrizione originaria di Melanie Klein (1946) non risulti obbligatorio poter proiettare in questo modo su un'altra persona (la madre) solo rappresentazioni negative del Sé, nell'uso clinico, come afferma Hamilton (1986) prendendo ad esempio Bion, nei pazienti psicotici sono messi prevalentemente in rilievo gli aspetti distruttivi dell'identificazione proiettiva. Hamilton – a nostro avviso giustamente – si batte a favore dell'utilità di considerare clinicamente anche l'«identificazione proiettiva positiva», con proiezione di buone e amorse rappresentazioni del Sé; attraverso il legame empatico con il destinatario può essere poi promossa, per mezzo della reintroiezione, la costruzione di relazioni oggettuali positive (vedi anche la nostra discussione sugli oggetti-Sé di Kohut in 3.6).

Ritorniamo ora a una valutazione complessiva del concetto di identificazione proiettiva adottando un'argomentazione di Meissner. Egli (1980, p. 55) costata che l'ipotesi di un «meccanismo essenzialmente psicotico» sia un presupposto per attribuire al concetto validità clinica. La confusione dei confini dell'Io avrebbe dunque lo stesso significato della perdita di differenziazione tra Sé e oggetto. Specialmente Bion (1967), estendendo successivamente il concetto con la metafora del contenitore, ha contribuito a una trasformazione, commentata da Meissner (1980, p. 59) con intenzione chiaramente critica:

Nella terminologia di Bion l'identificazione proiettiva rappresenta una forma di relazione simbiotica che si svolge tra due persone in modo reciprocamente favorevole, cioè tra un contenitore (*container*) e ciò che vi è depositato (*contained*). Ne consegue che l'identificazione proiettiva diventa una metafora tradotta liberamente in termini di contenitore-contenuto, che può essere applicata a quasi tutte le forme di fenomeni relazionali o cognitivi che comprendono aspetti di riferimento, di contenimento o di inclusione.

La forma non psicotica dell'«identificazione proiettiva» e quella corrispondente della «controidentificazione proiettiva» (Grinberg, 1962, 1979)

forse possono essere intese meglio e in modo più rapido attraverso il concetto dell'induzione reciproca dei ruoli. Siamo d'accordo con Grey e Fiscalini (1987, p. 134; corsivo nostro) che il discorso del «mettere dentro» descriva, plasticamente, esperienze soggettive:

Forse si può comprendere il «mettere dentro qualcosa» come un comportamento-segnale, che viene emesso da un partecipante per provocare una reciproca risposta da parte dell'altro; se le cose stanno così il promotore «immette» nella situazione l'invito a un'interazione difensiva, come avviene in qualunque attività di transfert. In caso contrario una tale *evoluzione metaforica del processo psichico* può risultare soltanto ingannevole.

La nostra descrizione del caso permette un'interpretazione che si accorda bene con la seguente osservazione di Porder (1987, p. 432):

Credo che l'identificazione proiettiva possa essere compresa nel modo migliore come una formazione di compromesso, la cui componente essenziale consiste in un'«identificazione con l'aggressore» o in una «inversione dal passivo all'attivo», nella quale il paziente inconsciamente mette in atto nel transfert il ruolo del principale genitore traumatizzante, o di ambedue i genitori, e per via di questa messa in scena induce nell'analista quei sentimenti che il paziente fu costretto a esperire da bambino. Sostengo che la nuova messa in scena di questo dramma, con i ruoli invertiti rispetto all'infanzia, rappresenta l'interazione inconscia cruciale transfert-controtransfert, osservabile nei pazienti che presentano la cosiddetta identificazione proiettiva.

In modo analogo, anche Paula Heimann (1966) pose al centro del concetto l'inversione dei ruoli:

L'«identificazione proiettiva» compare come reazione al controtransfert solo quando l'analista fallisce nel suo processo percettivo; invece di percepire tempestivamente il transfert, egli introietta inconsciamente il paziente che, in quel momento, attraverso un'identificazione con la propria madre rifiutante e intrusiva, mette in atto ciò che, alla fin fine, è una nuova messa in scena delle sue esperienze in un'inversione di ruoli.

A nostro avviso la funzione dell'identificazione proiettiva è negoziata dalle interpretazioni. È necessario, anzitutto, che il paziente riconosca quelle parti del suo Sé, positive e negative, che egli attribuisce all'analista. Un'analisi di questi processi dovrebbe iniziare con l'esame degli eventi reali nell'interazione. Con il suo comportamento il paziente forza un'interazione che l'analista può comprendere solo permettendo che si svolga insieme a lui. Il «contatto empatico» con le parti proiettate del Sé, sottolineato da molti autori, proviene dalla conoscenza inconscia del copione di questo evento interpersonale. Con l'aiuto delle interpretazioni dell'analista coinvolto nell'interazione, il paziente può riconoscere per vie traverse le parti del Sé spostate; questa conoscenza di sé viene prima della sua reintegrazione. Fintanto che una persona allontana parti del suo Sé, queste non potranno essere accettate e assimilate.