

Capitolo 2

Transfert e relazione

2.1 *Il transfert come ripetizione*

Il transfert si verifica in tutte le relazioni umane. Questo fatto dà alla scoperta di Freud un significato enorme. In un primo momento egli definì il transfert¹ in base alle osservazioni fatte nel corso della terapia (1901, pp. 396 sg.):

Sono riedizioni, copie degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il progresso dell'analisi, in cui però – e questo è il loro carattere peculiare – a una persona della storia precedente viene sostituita la persona del medico. In altri termini, un gran numero di esperienze psichiche precedenti riprendono vita, non però come stato passato, ma come relazione attuale con la persona del medico. Vi sono traslazioni il cui contenuto non differisce in nulla da quello del modello, se si eccettua la sostituzione della persona; queste sono allora, per seguire la metafora, vere e proprie «ristampe» o riedizioni invariate. Altre sono compiute con più arte (...) appoggiandosi su una qualche particolarità reale, abilmente utilizzata, della persona del medico o del suo ambiente. In questo caso non si tratta più di ristampe, ma di rifacimenti.

Più tardi egli generalizzò (1909b, p. 169; corsivo nostro):

La traslazione si instaura *spontaneamente* in tutte le relazioni umane, esattamente come nel rapporto tra malato e medico; essa è dovunque l'autentico supporto dell'infusso terapeutico e agisce tanto più vigorosamente quanto meno se ne sospetta la presenza. La psicoanalisi dunque non crea la traslazione, semplicemente la svela alla coscienza e se ne impossessa per guidare i processi psichici verso la meta desiderata.

Il transfert è così un concetto generico in entrambi i sensi del termine: dal momento che le esperienze passate hanno un'influenza fondamentale e persistente sulla vita presente, il transfert va considerato un fatto universale per la specie umana. Inoltre, il concetto è generico nel senso che comprende un insieme di numerosi fenomeni che in ogni uomo hanno modalità peculiari di espressione. Grazie alla psicoanalisi si possono osservare diverse forme di transfert, di cui parleremo più avanti.

¹ [Nelle citazioni dalle «Opere» di Sigmund Freud si è mantenuto il termine «traslazione».]

In questo capitolo desideriamo dimostrare la dipendenza dei fenomeni di transfert, inclusa la resistenza, dalla situazione analitica e dalla forma che a essa dà l'analista, cominciando dagli elementi di cornice quali il suo studio, il suo comportamento, il suo sesso, il suo controtransfert, la sua equazione personale, la sua teoria, l'immagine di sé come persona, la sua visione del mondo ecc.

Si tratta di verificare la tesi centrale di questo libro, rispetto al nucleo fondamentale della psicoanalisi, che riguarda l'insegnamento tratto dal transfert e dalla resistenza, e cercare di capire fino a che punto l'analista influenzi i fenomeni che, tradizionalmente, vengono ascritti al paziente. Dal momento che scriviamo per lettori che hanno un diverso grado di conoscenza, desideriamo assicurare, in primo luogo, con la seguente esposizione, una base minima per la comprensione.

Secondo la comune esperienza, non è facile comprendere come il transfert, dall'essere considerato l'impedimento principale alla terapia, possa esserne diventato il mezzo di aiuto più potente. La complessità disorientante dei fenomeni di transfert e di resistenza non era stata ancora riconosciuta al momento della scoperta originaria. Per questo motivo torniamo all'inizio della storia del transfert. Dapprima venne scoperta la resistenza (come resistenza ad associare da parte del paziente) al ricordo e all'avvicinarsi ai conflitti inconsci, che deve la sua forza alla riattivazione di desideri inconsci e al loro trasferimento sull'analista. Grazie al transfert i conflitti vengono riportati nel loro contesto originario e l'impedimento che si potrebbe incontrare viene definito *resistenza di transfert*, anche se sarebbe più corretto parlare di una *resistenza contro il transfert*. Tenere sotto controllo tali fenomeni costituisce per l'analista la difficoltà più grossa da superare, ma non si dovrebbe dimenticare «che proprio essi ci rendono il servizio inestimabile di rendere attuali e manifesti gli impulsi amorosi, occulti e dimenticati, dei malati. Infatti, checché se ne dica, nessuno può essere battuto *in absentia* o *in effigie*». Con queste famose parole Freud (1912a, p. 531) definì l'attualità del transfert nel «qui e ora», che convince per la sua immediatezza e autenticità: «*in absentia*», cioè parlando del passato, o «*in effigie*», tramite una rappresentazione simbolica indiretta, non si riesce a combinare alcunché. Allo sviluppo del transfert, che può essere sia positivo che negativo nel suo contenuto, non si oppongono puntualmente solo le forme più varie di resistenza. Il transfert stesso può diventare una resistenza, quando si instaura un rapporto squilibrato tra la ripetizione nel vissuto attuale di esperienze passate e la capacità o volontà del paziente di sostituire al transfert dei ricordi o quanto meno di relativizzarlo. Dal momento che il paziente è «indotto a ripetere il contenuto rimosso nella forma di un'esperienza attuale» (Freud, 1920b, p. 204), ne risulta una resistenza di transfert del tutto particolare, cioè un permanere del transfert. Per evitare che si sviluppino transfert positivi o negativi eccessivamente intensi, Freud sottolineò l'importanza «di convogliare quanto più materiale

possibile nella sfera dei ricordi e di fare in modo che una parte minima di esso riemerge sotto forma di ripetizione» (*ibid.*, pp. 204 sg.). L'analista non deve, quanto meno, facilitare l'inevitabile ripetizione, per lasciare che i ricordi siano fedeli il più possibile all'originale e che non si mescolino a impressioni reali: l'autenticità del transfert nel «qui e ora» consiste idealmente nella riproduzione priva di interferenze dei ricordi, che sono così rivitalizzati come esperienze attuali.

Il denominatore comune di tutti i fenomeni di transfert è la ripetizione, che nella terapia, come nella vita ordinaria, emerge in maniera *spontanea*. Freud sottolineò la spontaneità del transfert per cogliere l'occasione di evidenziare che tale fenomeno non è stato *creato* dalla psicoanalisi. In realtà noi tutti conosciamo il transfert per esperienza personale e dei nostri simili. La signora X e il signor Y, per esempio, ricalcano sempre lo stesso modello di rapporto conflittuale. Le stesse modalità di comportamento sembrano ripetersi automaticamente, anche se a livello conscio vengono fatti notevoli sforzi per modificarle.

Freud era interessato a dare un fondamento scientifico alla pratica psicoanalitica. Perciò sottolineò che il transfert fa parte dei normali accadimenti della vita umana e non è un prodotto artificiale della psicoanalisi. Per lo stesso motivo, tutte le regole relative al trattamento servono ad assicurare la comparsa «spontanea» del transfert. Ma che cosa vuol dire «spontaneo»? Non possiamo accontentarci, dal punto di vista della teoria, del fatto che il transfert compaia da sé, sia nella vita che nel trattamento psicoanalitico. La spontaneità della sua comparsa è condizionata e determinata da aspettative inconse *interne* e da fattori scatenanti *esterni*. Per motivi scientifici è necessario creare le condizioni ottimali per permettere l'insorgere del transfert, e per considerazioni *pratiche* dobbiamo adattare tali condizioni in funzione del loro potenziale terapeutico.

La concezione di Freud della spontaneità del transfert si rivela come una variabile di disponibilità alla reazione che si scatena nel rapporto interattivo con gli oggetti e con gli stimoli che provengono da essi. Si può cercare di immaginare una sorta di autoscatenamento delle risposte inconse senza alcun effettivo stimolo esterno, come ad esempio potrebbe succedere negli stati di privazione di cibo e di liquidi, con il conseguente «appagamento allucinatorio di un desiderio» (Freud, 1899). (Può essere qui menzionata la somiglianza con le «attività a vuoto» descritte da Lorenz negli animali.) Rendere possibili tali condizioni di autoscatenamento endopsichico (apparentemente prive di una causa esterna) sembra auspicabile sotto il profilo scientifico, e non solo per respingere l'accusa di esercitare un'influenza. La psicoanalisi si occupa della spontaneità del paziente intesa in senso profondo; egli può trovare sé stesso nel confronto con l'«altro significativo» (Mead, 1934). Questo deriva dal clima scientifico del tempo di Freud: da un lato la sua pretesa di *non in-*

fluenzare i fenomeni di transfert per coglierli nella loro forma più pura e lasciare che facciano da soli la loro comparsa, e dall'altro il fatto che per il successo della terapia è d'importanza decisiva creare le condizioni ottimali per la spontaneità del paziente.

La contraddizione tra questi due punti di vista è stata fino a poco tempo fa sottovalutata. Molti psicoanalisti erano convinti che, non esercitando alcuna influenza, avrebbero potuto promuovere l'autoscatenamento come pure la spontaneità, intesa nel senso più profondo. Si credeva perfino che questo fosse un modo per combinare le esigenze della teoria e gli obiettivi terapeutici, anche se in realtà nessuno dei due aspetti veniva, in tal modo, adeguatamente soddisfatto.

I postulati teorici hanno contribuito a concettualizzare la nevrosi di transfert, nel processo psicoanalitico ideale, come qualcosa di apparentemente indipendente dall'osservatore partecipante: essa si sviluppa nel rispecchiamento con l'analista che, idealmente, dovrebbe essere libero da tutte le «macchie oscure» del controtransfert. Nel «qui e ora» si ripete la storia della genesi della nevrosi nel modo più puro e completo, se l'analista disturba il meno possibile tale riedizione. Se non si trattasse di una riedizione ma di una nuova elaborazione, perché lo psicoanalista, per via dell'età, dell'aspetto, del comportamento o di un ipotetico fattore x sconosciuto, ostacola lo svolgimento ideale, si cercherà di attribuire un significato proprio a tale fattore x , facendolo risalire alla storia dei primi anni di vita del paziente. Esso sembrerebbe privo di una sua autonomia. Le osservazioni di Freud sul caso di Dora (1901), in cui l'interruzione del trattamento fu spiegata dal fatto che il fattore x non venne riconosciuto nel transfert, hanno portato a trascurare il ruolo delle percezioni realistiche nella relazione terapeutica. Il modello ideale del processo psicoanalitico fu sistematizzato nelle regole di trattamento, che dovevano rendere possibile una semplice ripetizione della patogenesi.

L'osservazione della ripetizione, nella forma il più possibile completa della nevrosi di transfert, porta da un lato, per quanto riguarda la patogenesi, alla ricostruzione della storia della genesi della malattia, e dall'altro, nella terapia, ad accentuare il ricordo come fattore curativo. La nevrosi di transfert si risolverebbe grazie alla presa di coscienza, da parte del paziente, del fatto che la percezione che egli ha della situazione analitica è, in misura maggiore o minore, una grossolana distorsione della realtà attuale. La colpa di tale distorsione è delle proiezioni che trasferiscono nel presente paure e desideri primitivi, e le loro conseguenze. Questo modello del processo psicoanalitico è riassunto nella triade freudiana «ricordare, ripetere e rielaborare» (Freud, 1914a, p. 353). Questa triade giunse a essere vista come un ideale per via delle sue connessioni con le raccomandazioni tecniche, che Freud stesso tuttavia applicava in modo indipendente e flessibile e non dogmaticamente. Freud, nelle sue terapie, diede sempre una grande importanza all'influenza potenziale

della suggestione nell'ambito del transfert, anche se ciò non si può dedurre con chiarezza dai suoi scritti tecnici (Thomä, 1977b; Cremerius, 1981b). Egli riteneva possibile tale influenza solo nella misura in cui l'esperienza di dipendenza del paziente dai genitori fosse stata positiva, così da renderlo capace di sviluppare il cosiddetto *transfert irrepreensibile* (non urtante). Secondo Freud è in questa esperienza che si trovano le radici della suggestionabilità, che l'analista come il genitore può utilizzare. È difficile dubitare del fatto che la possibilità di essere suggestionati, nel senso di essere aperti a nuove esperienze – cosa che presuppone un certo grado di fiducia – abbia radici antiche. La fiducia e la possibilità di essere suggestionati hanno anche, però, una genesi attuale, legata alla realtà delle transazioni del «qui e ora» della terapia, che per Freud era sottintesa. Nella teoria della tecnica gli aspetti attuali nella genesi del transfert continuarono a essere trascurati; per molto tempo il presente, inclusa l'influenza situazionale e reale dell'analista, fu lasciato nell'ombra.

La tendenza a trascurare il «qui e ora», cioè le nuove esperienze, come opposte alla pura ripetizione, diventa più comprensibile se consideriamo quanti problemi sembra risolvere la scoperta del transfert:

1. La genesi delle malattie psichiche e psicosomatiche può essere ricostruita nell'ambito interpersonale del transfert.
2. Diventano possibili le diagnosi di disposizioni nevrotico-reattive tipiche e perfino le spiegazioni disposizionali, perché i conflitti interiorizzati, che si manifestano come schemi di pensiero e di comportamento ripetitivi, diventano osservabili, nel rapporto con il terapeuta, grazie al transfert.
3. Modelli di conflitto interiorizzati, quindi diventati parte della struttura, possono, attraverso il transfert, essere trasformati in relazioni oggettuali ed essere osservati *in statu nascendi*.

L'obiettivo scientifico consisteva nel ricercare le circostanze originarie della genesi della nevrosi nel modo più completo possibile, e quindi nel creare condizioni standardizzate adatte a tale scopo. La possibilità che un chiarimento etiologico risolvesse idealmente la nevrosi era conforme alla concezione causale della terapia in Freud. Nel transfert si dovevano ripetere nella forma più pura, cioè priva dell'influenza dell'analista, quelle condizioni passate e obsolete di desideri e paure, comunque ancora attive nei sintomi.

Questo quadro incompleto delle soluzioni raggiunte tramite la scoperta del transfert lascia immaginare perché la genesi attuale dell'esperienza e del comportamento del paziente sia stata trascurata e l'autonomia del «qui e ora» come punto di svolta decisivo della terapia non abbia trovato un posto adeguato nella genealogia ufficiale della tecnica psicoanalitica. Le soluzioni teoriche e pratiche fornite da questo rivoluzionario paradigma dovevano essere relativizzate, particolarmente in relazione all'influenza esercitata dall'analista attraverso la sua tecnica individuale, a sua volta influenzata comunque dalla sua teoria, dalla sua equazione personale, dal suo controtransfert, e infine dalla sua concezione dell'uomo.

2.2 *Suggestione, suggestionabilità e transfert*

La relazione fra transfert e suggestione ha due facce. Da un lato la suggestione deriva dal transfert: gli esseri umani sono suggestionabili perché possiedono in generale la capacità di «trasferire». La possibilità di essere suggestionati, nel transfert, viene riportata da Freud ai modelli originari della storia dello sviluppo e spiegata con la dipendenza infantile dalla madre e dal padre. La suggestione del medico viene percepita di conseguenza come un derivato della suggestione dei genitori.

Dall'altro lato la suggestione viene considerata uno strumento indipendente per arrivare al transfert. La fiducia nella forza di questo strumento deriva dall'esperienza acquisita con la suggestione ipnotica. Perciò il doppio significato della suggestione deriva dalla differenza fra terapia ipnotica e terapia psicoanalitica. Freud nota (1915-17, pp. 599 sg.; corsivo nostro):

La terapia analitica penetra molto più alle radici, là dove sono i conflitti dai quali sono scaturiti i sintomi, e si serve della suggestione per modificare l'esito di questi conflitti. La terapia ipnotica lascia il paziente inattivo e immutato e perciò anche, ugualmente, privo di resistenza di fronte a ogni nuova occasione di ammalarsi (...) Nella psicoanalisi lavoriamo sulla traslazione stessa, sciogliamo ciò che le si oppone, mettiamo a punto lo *strumento* con il quale intendiamo operare. Così ci diviene possibile trarre un profitto interamente diverso dal potere della suggestione; questo potere lo teniamo in pugno. Non è l'ammalato a suggerirsi di solo quello che gli piace, ma siamo noi a guidarne la suggestione, ammesso che egli si riveli accessibile all'influsso di quest'ultima.

La parola che abbiamo riportato in corsivo è suscettibile di diverse interpretazioni. Tra le più immediate è quella per cui noi ci prepariamo a considerare il transfert a seconda di com'è stato strumentalizzato e modellato dallo psicoanalista. È necessario, comunque, un punto d'osservazione al di fuori del transfert, perché l'analista lo possa rendere uno «strumento». Freud, oltre all'insight del paziente, considerava la suggestione la forza che influenza il transfert. La suggestione diventa così lo strumento che agisce sul transfert e gli dà forma.

La doppia faccia della suggestione e la sua confusione con il transfert, che è sempre stata d'ostacolo alla comprensione della terapia psicoanalitica, hanno due motivi principali: in primo luogo, la *suggestione psicoanalitica* deriva dalla *suggestione ipnotica*. Sembrò del tutto naturale che Freud mettesse in rilievo la nuova e diversa forma di influenza terapeutica contrapponendola alla suggestione, usata fino ad allora: la suggestionabilità fu spiegata facendo riferimento alla storia personale e fu considerata una regressione a una dipendenza passiva, che significa che si è fortemente o esclusivamente dipendenti da qualche elemento esterno e pronti ad assimilare ciò che viene suggerito o intimato.

Attribuendo al transfert l'efficacia della suggestione, Freud chiariva anche

l'imprevedibilità del successo dell'ipnosi. Infatti solo il transfert positivo porta ad avere una cieca fiducia nei confronti dell'ipnotista e del suo agire, come se ci si trovasse nel grembo della madre o di Abramo. I limiti dell'ipnotizzabilità e il fallimento delle terapie suggestive sono diventati chiari con l'aiuto della teoria psicoanalitica del transfert (Thomä, 1977b).

La seconda ragione che portò a considerare l'influenza dell'analista sulla capacità di transfert dei pazienti riguarda la genesi dei sentimenti di fiducia-sfiducia, affetto-avversione, sicurezza-insicurezza nel rapporto con i genitori e con i parenti più stretti durante le fasi di sviluppo preedipiche ed edipiche e durante l'adolescenza, che costituisce la base per le tendenze reattive personali che possono essere classificate secondo disposizioni inconscie tipiche. Queste disposizioni inconscie sono attive, nel senso che esperienze attuali corrispondono ad aspettative inconscie, le quali prendono forma seguendo vecchi stereotipi più o meno prefissati.

Il transfert come disposizione reattiva è legato al passato, da cui nacque. Anche la suggestione da parte del terapeuta, cioè l'influenza esercitata dallo psicoanalista, non sarà determinata dalla propria funzione autonoma, orientata al cambiamento, ma deriverà dalla storia di vita del paziente.

A differenza della *terapia suggestiva*, l'intento della psicoanalisi è scoprire e risolvere il transfert. Nell'*Autobiografia*, Freud (1924, p. 95; corsivo nostro) descrive l'uso dell'ipnosi al servizio della *catarsi*, e motiva il suo abbandono così:

Perfino i risultati più brillanti svanivano improvvisamente nel nulla allorché il rapporto personale del medico col malato veniva in qualche modo turbato. È vero che essi si ristabilivano non appena veniva trovata la via della riconciliazione, ma intanto avevamo imparato che aveva più potere di qualsiasi lavoro catartico *la relazione affettiva personale* fra paziente e medico, relazione che appunto non sapevamo come controllare.

In questo contesto l'inevitabile suggestione e la suggestionabilità sono fatte derivare dal transfert. Il transfert, come il barone di Münchhausen, sembra così capace di sollevarsi da solo (tirandosi per i capelli). Ma l'apparenza inganna. Münchhausen si divideva attraverso una scissione dell'Io, facendo della sua mano il centro del suo Sé e, del resto del suo corpo, un oggetto. Ma il fatto è che il transfert non si solleva per la propria capigliatura. Freud lo divise in due classi. Il *transfert irreprensibile* (non urtante) si può paragonare alla mano di Münchhausen. A esso viene attribuito il potere di liberare i transfert pulsionali *positivi e negativi*. È un ibrido concettuale astratto e caratteristico del periodo preedipico preambivalente dello sviluppo infantile, durante il quale si posero le basi della fiducia. In tal senso, il concetto di transfert positivo irreprensibile resta legato al passato. Di esso si può cogliere solo la disposizione reattiva, che va a far parte di un ambito che chiamiamo con Zetzel (1956) e Greenson (1965) *alleanza terapeutica o alleanza di lavoro*. Non abbiamo definito, come nella *scissione dell'Io* di Sterba (1934), delle quantità ben

determinate, ma delle tendenze, che sotto l'influenza della situazione si possono manifestare in modi diversi (vedi oltre, 2.5).

Così le discusse teorie del transfert descrivono come si è arrivati alla formazione di stereotipi o, in senso più generale, a disposizioni inconscie verso determinate risposte. Queste teorie lasciano comunque aperta la questione di come l'analista influenzi tali manifestazioni e, soprattutto, le descrizioni di Freud non chiariscono in maniera sufficiente come esse debbano essere elaborate. Con il transfert, derivato dalla suggestione, si resta legati a un circolo di eventi che riguardano il passato. Per chiarire questo problema presentiamo una tesi di Freud (1915-17, p. 603) sulla terapia psicoanalitica, che non è stata molto considerata: «Con l'aiuto della suggestione del medico, la nuova lotta intorno a questo oggetto viene però innalzata al più alto livello psichico, si svolge come un conflitto psichico normale.»

Il ricorso alla *suggestione del medico* non è sufficiente per giustificare l'influenza profonda, nuova e attuale dell'analista. La risoluzione di questa battaglia differisce perciò dai conflitti primitivi, perché viene affrontata su due fronti con nuove armi, che facilitano un'elevazione al più alto livello psichico. Si tratta cioè dell'obiettivo, ricco di implicazioni, di cui ci occuperemo in seguito (vedi oltre, cap. 8). In particolare, l'interpretazione «mutativa» di Strachey (1934) è uno strumento tipico del cambiamento psicoanalitico, perché è lontanissima dalla forma convenzionale di suggestione.

2.3 Dipendenza dei fenomeni di transfert dalla tecnica

A differenza di quella teoria idealizzata della tecnica psicoanalitica che tentava di definire condizioni sperimentali standardizzate, la prassi si distingue da sempre per la sua flessibilità, orientata ai fini terapeutici, e adegua l'uso delle regole al perseguimento della trasformazione del paziente. L'inchiesta riferita da Glover (1937), per la prima volta, al Congresso di Marienbad, mostrava come ventiquattro analisti inglesi si differenziassero largamente nell'applicazione delle regole tecniche più essenziali. La disamina critica degli effetti sul transfert dell'uso flessibile delle regole fu interrotta a causa degli eventi politici. Solo nel dopoguerra fu sostanzialmente ampliato il paradigma terapeutico della psicoanalisi, in considerazione del ruolo decisivo dello psicoanalista. I tre lavori, apparsi nel medesimo anno (1950), di Balint e Tarachow, Paula Heimann e Ida Macalpine, e, da un certo punto di vista, anche la pubblicazione di Eissler (1950), segnano una svolta dopo la seconda guerra mondiale (vedi oltre, cap. 3). Nel suo scritto, intitolato *Lo sviluppo della traslazione*, la Macalpine osserva, dopo un accurato esame della letteratura relativa, che, nonostante le fondamentali differenze di opinione sulla natura del transfert, sussiste un sorprendente accordo sulla sua origine. Si ammette che il transfert insorga spontaneamente nei pazienti. L'opinione discordante del-

l'autrice, secondo cui il transfert sarebbe indotto nei pazienti che vi sono inclini attraverso la particolare struttura della situazione terapeutica, viene spiegata mediante l'elencazione di quindici fattori. La Macalpine indica le tipiche procedure tecniche che contribuiscono tutte alla regressione del paziente, di modo che il suo comportamento può essere inteso come risposta alla sua sensazione di essere esposto a un setting rigido e infantile. L'autrice (1950, p. 96) descrive come segue la situazione tipica:

Il paziente viene in analisi con la speranza e l'aspettativa di essere aiutato. Si aspetta quindi un qualche tipo di gratificazione, ma nessuna delle sue aspettative è soddisfatta. Dà fiducia e non riceve nulla in cambio; lavora sodo e aspetta invano una lode. Confessa i suoi peccati senza ricevere l'assoluzione o subire una punizione. Si attende che l'analisi diventi un'alleanza, ma è lasciato solo.

Dai quindici fattori, che potrebbero essere ulteriormente integrati, risultano molteplici possibilità combinatorie che portano a differenti configurazioni di come ogni paziente esperisce il rapporto terapeutico e, rispettivamente, di come il suo analista induca il transfert attraverso il proprio modo di usare le regole. La Macalpine si proponeva di dimostrare che il transfert si forma *reattivamente*. È quindi logico aspettarsi che ogni variazione dello stimolo situazionale scatenante porterà a un transfert differente. La dipendenza del transfert dal campo operativo prescinde del tutto, ovviamente, dalla preferenza dell'analista per determinati aspetti dell'interpretazione, condizionata dalla formazione e dalla scuola di appartenenza; basta pensare alle molteplici possibilità combinatorie dei quindici fattori che ne risultano, pur trascurandone selettivamente uno qualsiasi. Così diventa comprensibile che Kohut (1979a) avesse indotto nella seconda analisi del signor Z. risposte di transfert diverse da quelle del primo trattamento (Cremerius, 1982). La convincente argomentazione della Macalpine ha ricevuto solo un limitato consenso. Cremerius (*ibid.*, p. 22) ha criticato il fatto che molti analisti vedono nel transfert sempre e ancora «un ineluttabile processo endopsichico». È evidente che riconoscere l'influenza dell'analista sul transfert provoca apprensioni tali da non far accettare in pieno sia convincenti argomentazioni teoriche sia osservazioni inequivocabili, già riassunte da Reich (1933) nel modo seguente: «Il transfert è sempre anche uno specchio fedele del comportamento e della tecnica analitica del terapeuta.»

Eissler è ritenuto uno dei più illustri sostenitori del modello di base della tecnica psicoanalitica (Thomä, 1983a). Con il suo lavoro sulle modifiche della tecnica standard e l'introduzione dei cosiddetti parametri (Eissler, 1958) egli ha notevolmente contribuito allo sviluppo dello stile neoclassico e del purismo psicoanalitico. La disputa di Eissler (1950) con Alexander e la scuola di Chicago servì alla delimitazione della tecnica classica rispetto alle deviazioni da essa. Perciò non fu quasi notato che in questo lavoro è contenuto un punto di vista che concede all'influenza dello psicoanalista sul transfert un

marginale maggiore di quanto permetta, a dire il vero, il modello di base della tecnica psicoanalitica. Come stavano allora le cose? In seguito alla morte di Freud e al consolidarsi della psicoanalisi, dopo la seconda guerra mondiale, assunse grande importanza nelle dispute teoriche il problema delle variazioni tecniche che si potevano introdurre, sebbene anche gli psicoanalisti ortodossi si muovessero, nella loro pratica, in un ampio spettro di stili terapeutici. D'altra parte è vero che una netta definizione di regole può essere punitiva e può tracciare linee di confine troppo rigorose. L'inaspettata espansione della psicoanalisi portò con sé, negli anni cinquanta, numerosi problemi. L'emergere di nuove forme di «psicoterapie psicodinamiche» derivate dalla psicoanalisi provocò, come naturale reazione, la tendenza a definire rigorosamente il metodo psicoanalitico, per conservarlo incontaminato (Blanck e Blanck, 1974). Il modo più semplice di definire un metodo consiste nel murirlo di regole pratiche così che, osservandole, non solo è assicurata l'identità dello psicoanalista ma è anche garantita una terapia del profondo veramente ottimale.

La proposta pratica e scientificamente produttiva di Eissler (1950) fu scarsamente considerata. Egli definì il metodo psicoanalitico in rapporto alla sua meta e propugnando una grande apertura e una ben mirata flessibilità riguardo le modalità tecniche, incluso l'uso del transfert: ogni tecnica può essere definita terapia psicoanalitica quando si propone di raggiungere con mezzi psicoterapeutici trasformazioni strutturali della personalità, indipendentemente dal fatto che le sedute siano quotidiane o irregolari e che sia usato o meno il lettino.

Il metodo psicoanalitico non può essere definito in modo soddisfacente in relazione alle sue mete senza la tacita premessa che soltanto una psicoanalisi rigorosa può perseguire e raggiungere una trasformazione strutturale del paziente, e questa è senz'altro la posizione presa da Eissler. Tuttavia egli diede al riguardo un'indicazione precoce e in contrasto con il suo modello di base della tecnica psicoanalitica ideale: la strada più sensata per sviluppare un'appropriata teoria della tecnica psicoanalitica e migliorarne la prassi è quella di studiare a fondo i cambiamenti perseguiti ed effettivamente raggiunti dalla tecnica terapeutica, e non quella di sottoporre il metodo a censure. Non è certo (vedi oltre, cap. 8) se la regressione ottenuta mediante la tecnica standard, con i suoi specifici contenuti di transfert, sia la migliore strada possibile per la trasformazione strutturale e sintomatica. Non si possono chiudere gli occhi davanti al fatto che esistono decorsi terapeutici sfavorevoli (Drigalski, 1979; Strupp, 1982; Strupp, Hadley e Gommès-Schwartz, 1977; Luborsky e Spence, 1978). Attribuirli a un'indicazione sbagliata, al fatto cioè che il paziente non era analizzabile, è fare come lo struzzo. La tecnica standard, a dire il vero, ha ristretto i limiti dell'analizzabilità imponendo condizioni sempre più esigenti rispetto alla forza dell'Io dei pazienti idonei. Non è

stata sufficientemente considerata la possibilità che le complicazioni, comprese le cosiddette psicosi di transfert, siano provocate non da indicazioni erronee, ma dall'insorgenza di specifiche regressioni legate a un'eccessiva «privazione sensoriale» (Thomä, 1983a). Tali omissioni assumono un peso tanto maggiore se contemporaneamente si trascura di dimostrare che certe applicazioni del transfert portano effettivamente alla trasformazione strutturale e sintomatica del paziente.

Rispetto a ciò, quanto si sia messo in movimento tutto il campo teorico e pratico della psicoanalisi è dimostrato ad esempio dallo scrupoloso ed esauriente studio di Bachrach (1983, p. 201) sul concetto di «analizzabilità». Invece della solita domanda unilaterale e per molti aspetti problematica sull'identità del paziente, ci si dovrebbe chiedere piuttosto con quale tipo di trasformazione, con quale paziente, con quanta difficoltà, si è svolta l'analisi, e inoltre in che modo, con quale analista viene applicata la terapia. Per quanto concerne il transfert e la sua gestione ci troviamo per ora in un campo aperto, i cui confini continuano a essere ampliati con molta autocritica, nel senso di Bachrach, nonostante la rigidità ancora persistente. La psicoanalisi è dunque da parecchio tempo, come già dimostrò Orr (1954) nella sua rassegna, sulla buona strada per una nuova comprensione del transfert. Ogni variazione delle condizioni tecniche del trattamento crea, nella pratica, tipi di transfert che devono essere capiti operativamente.

2.4 *La nevrosi di transfert come concetto operativo*

Durante la discussione sui problemi del transfert che ebbe luogo nel 1955, in occasione del congresso della International Psychoanalytical Association, Waelder (1956, p. 367) sottolineò nella sua introduzione l'influenza dell'analista sul transfert: «Poiché il pieno sviluppo del transfert è una conseguenza della situazione e della tecnica analitiche, variazioni della situazione e della tecnica portano a considerevoli cambiamenti dei fenomeni di transfert.»

Anche Glover (1955) mise in rilievo che «*la nevrosi di transfert in primo luogo si nutre dell'interpretazione di transfert*» e che «il transfert, partendo in una forma frammentaria, tende a *costruirsi* sulle fondamenta dell'interpretazione di transfert».

Balint (1957, p. 290) si espresse in modo ancora più chiaro:

Sa il cielo quale parte dei fenomeni di transfert che si verificano sotto gli occhi dell'analista è stata prodotta da lui stesso. Il transfert può essere ad esempio una reazione generale alla situazione psicoanalitica oppure, nella sua singola forma «speciale», può essere prodotto dalla tecnica corretta o non del tutto corretta del singolo analista.

In Argentina, Liberman (1962, p. 94; corsivo nostro), seguendo le orme di Pichon-Rivière, sostenne con forza che «per ottenere una comprensione integrale dei fenomeni di transfert bisogna considerarli come strutture

di comportamento risultanti dalle *motivazioni inconse* operanti in un dato momento e da *fattori provenienti dal metodo psicoanalitico* (regola fondamentale, orari, onorari, posizione supina, l'attività inconscia del terapeuta ecc.) e dalla *tecnica interpretativa* utilizzata per porre in evidenza e modificare il corso delle suddette motivazioni inconse (schema referenziale teorico su cui si basa la tecnica interpretativa)».

Se si considerano le conclusioni più significative del congresso dedicato alla «Attuale concezione della nevrosi di transfert» della American Psychoanalytic Association, espresse nei contributi di Blum (1971) e Calef (1971), si trova una conferma di quanto già affermato dalla Macalpine e da Waelder. In fondo, l'introduzione dell'espressione freudiana «nevrosi di transfert» rende palese il fatto che la generale capacità umana di trasferire si trasforma, sotto l'influenza della situazione analitica e per la preesistenza di specifiche tendenze nevrotiche al transfert, in una nevrosi di transfert. Ad ogni modo Freud sottovalutò questa influenza, e pensò di poterla limitare per mezzo di condizioni standardizzate. Loewald (1971) sottolineò la dipendenza dal campo della nevrosi di transfert, dicendo che tale nevrosi rappresenta non tanto una dimensione che preesiste nel paziente, quanto piuttosto un concetto operativo. Concordiamo con Blum (1971, p. 61) che ha senso parlare di nevrosi di transfert se vi si comprendono tutti i fenomeni legati al transfert che rientrano nella teoria odierna della nevrosi. In questo senso tanto i fenomeni di transfert transitori quanto le nevrosi sintomatiche di transfert sono concetti operativi. Perciò non troviamo nessuna differenza tra i fenomeni particolari, come ad esempio le fantasie di transfert dovute alla situazione, e la trasformazione in nevrosi di transfert dei sintomi di una qualsiasi categoria nosografica, comprese le nevrosi narcisistiche, che Freud identificò con le psicosi. La nevrosi di transfert è quindi un tipo di nevrosi artificiale. Nella *Introduzione alla psicoanalisi* (Freud, 1915-17, p. 593; corsivo nostro) leggiamo:

Non dimentichiamo che la malattia del paziente che prendiamo in analisi non è qualcosa di concluso, di cristallizzato, ma qualcosa che continua a crescere e a svilupparsi come un essere vivente (...) Tutti i sintomi del paziente hanno abbandonato il loro significato originario e hanno assunto un *nuovo* senso, che consiste in un rapporto con la traslazione.

Il contesto di questa citazione pone limiti ristretti al «nuovo senso». Altri brani, in cui si parla di «nevrosi di traslazione» come di «un nuovo stato» che sostituisce la «normale nevrosi», conferendo «a tutti i sintomi della malattia un nuovo significato in base alla traslazione» (Freud, 1914a, p. 360), circoscrivono l'aspetto innovativo della reale esperienza vissuta alla capacità di realizzare condizioni favorevoli per il risveglio dei ricordi, mediate dalla coazione a ripetere. Poiché Freud non considerava coerentemente lo sviluppo e la crescita della nevrosi di transfert, che cresce come creatura vivente, come conseguenza del processo interpersonale del rapporto terapeutico a

due, rimase misconosciuto il ruolo importante che ha lo psicoanalista in questa «nuova nevrosi artificiale» (Freud, 1915-17, p. 593). Che si tratti di un problema difficile lo dimostra il linguaggio conciso adoperato da Freud quando trattò l'argomento della risoluzione della nevrosi di transfert (*ibid.*, pp. 592 sg.): parole che non suggeriscono un traguardo risolutivo ma tradiscono piuttosto impotenza.

Noi superiamo la traslazione dimostrando all'ammalato che i suoi sentimenti non derivano dalla situazione presente e non sono destinati alla persona del medico, bensì ripetono qualcosa che in lui è già accaduto precedentemente.

Freud usa in seguito (*ibid.*, p. 593; corsivo nostro), in maniera ancora più netta, una parola insolita nel suo vocabolario: «In tal modo lo [il paziente] *costringiamo* a trasformare la sua ripetizione in ricordo.»

Si deve ancora accennare a un ulteriore uso obsoleto dell'espressione «nevrosi di transfert», cioè in senso nosologico; dal punto di vista freudiano ciò non può essere sostenuto, perché anche i pazienti che sono in trattamento per i cosiddetti difetti dell'Io o per altri deficit, per perversioni, stati borderline o psicosi, sviluppano transfert. A causa delle ipotesi teoriche di Freud sul narcisismo, non sono state riconosciute, in un primo tempo, le particolari manifestazioni di transfert dei pazienti borderline e degli psicotici. Così si giunse alla fuorviante distinzione nosologica tra *nevrosi di transfert* e *nevrosi narcisistiche*. Di fatto tutti i pazienti sono capaci di transfert. È quindi futile definire tautologicamente quali nevrosi di transfert le sindromi isteriche, fobiche e ossessive, in contrapposizione a quelle narcisistiche. I vari gruppi si differenziano l'uno dall'altro per forma e contenuto del transfert, e non per il fatto di presentare o non presentare questo fenomeno.

L'osservazione per cui distinti gruppi di pazienti si differenziano tra loro in funzione della forma e del contenuto del transfert che sviluppano ha avuto importanti conseguenze. In primo luogo, è stata il punto di partenza per la costruzione di una *psicopatologia psicoanalitica*. Fin dai tempi di Freud, lo sviluppo di una teoria speciale delle nevrosi e dei disturbi psichici in generale è stata una costante preoccupazione delle diverse generazioni di psicoanalisti. Il trattato classico di Fenichel (1945) riassume le conoscenze raggiunte dalla psicoanalisi fino a quella data. Molti altri analisti hanno contribuito successivamente con importanti apporti. In ambito kleiniano, per esempio, bisogna mettere in rilievo i lavori di Bion (1967) e Rosenfeld (1965) sui pazienti schizofrenici. Sempre all'interno della scuola inglese, Masud Khan (1979) ha studiato le perversioni. Nella psicologia dell'Io, gli studi di Kernberg (1975) sui pazienti borderline hanno segnato un indirizzo significativo; altrettanto importanti sono stati i lavori di Kohut (1971) sul transfert dei pazienti narcisisti. Nella scuola francese, sono da menzionare i lavori di Janine Chasseguet-Smirgel (1978) e Joyce McDougall (1986) sulla perversione; nella stessa dire-

zione Bergeret (1987) passa in rassegna la clinica psicoanalitica alla luce di diversi livelli strutturali (prevalentemente edipici o preedipici) che corrispondono a differenti disposizioni di transfert. Tutti questi apporti sono accomunati dall'intento di descrivere costellazioni transferali tipiche per i diversi quadri psicopatologici. In Argentina, Etchegoyen (1986) arriva a parlare di una perversione di transfert, tipica dei pazienti perversi, in aggiunta alla nevrosi e alla psicosi di transfert già descritte da altri autori. Parallelamente, l'idea di struttura psicopatologica, come disposizione o stereotipo transferale, ha permesso a sua volta la costruzione di ponti con la psichiatria, rendendo possibile lo sviluppo di una *psichiatria dinamica*.

Una seconda conseguenza importante che deriva dal considerare le disposizioni di transfert, indipendentemente dal tipo (cioè nevrosi, perversione, psicosi di transfert), come scatenate e modulate dalla situazione analitica (vale a dire, il transfert come concetto operativo), è stata la possibilità di sviluppare strategie e tattiche d'intervento terapeutico differenziate a seconda del tipo di psicopatologia. In questa linea si inseriscono i lavori di Liberman (1970) sugli stili interpretativi. Egli, in un tentativo interdisciplinare fra teoria psicoanalitica della patogenesi, teoria della comunicazione, linguistica e semiotica, descrive sei tipi fondamentali di stili transferali, in funzione del contenuto e, specialmente, della forma della comunicazione, che corrisponderebbero ad altrettanti differenti punti di fissazione, riformulando così la psicopatologia in termini di stili comunicativi. Secondo Liberman, e nell'ambito di una concezione diadica e operativa dei fenomeni emergenti in seno alla relazione analitica, l'analista, nella sua strategia interpretativa, può scegliere stili complementari o simmetrici nel dialogo col paziente. Se egli comunica col paziente in termini complementari, l'interazione prenderà una direzione curativa; se, al contrario, lo fa in modo simmetrico, la relazione giungerà a un punto morto o si produrranno effetti iatrogeni.

2.5 Una controversa famiglia di concetti: relazione reale, alleanza terapeutica, alleanza di lavoro e transfert

Abbiamo già incontrato il padre di questa famiglia di concetti, anche se non si è mostrato subito come tale. Lo troviamo, nell'opera freudiana, nella persona del medico al quale il paziente si «attacca», come nella «relazione reale», la cui stabilità fa da contrappeso al transfert. Ma che cosa sarebbe una famiglia senza madre? La madre la troviamo nel *transfert irreprensibile* (non urtante) che forma il silente e solido sfondo di fiducia sin dagli inizi della storia della vita. Il transfert irreprensibile è quindi la madre della famiglia di concetti che ora discuteremo. Alla figura materna reale è attribuita la maggiore influenza sulla strutturazione della fiducia verso il mondo circostante. Se nel paziente la fiducia prevale sulla sfiducia possiamo aspettarci un transfert irre-

prensibile, stabile, nel senso della terminologia freudiana. Allora, se esistevano già un padre e una madre, in questa famiglia di concetti, perché introdurre termini nuovi, diversi tra loro, che come i figli veri rassomigliano chi più alla madre e chi più al padre? Sandler, Dare e Holder (1973) osservano che, fino all'introduzione del concetto di «alleanza terapeutica», esisteva una certa confusione per il fatto che Freud includeva nel concetto di transfert positivo tanto il transfert irreprensibile che quello libidico. Questi autori fanno notare che l'alleanza terapeutica implica elementi molto vari. La Zetzel (1956) infatti intende tale alleanza secondo il modello della relazione madre-bambino. Dal suo punto di vista le fasi iniziali di un'analisi corrispondono sotto certi aspetti alle prime fasi evolutive del bambino. La Zetzel ne dedusse che soprattutto all'inizio del trattamento il comportamento dell'analista dovrebbe conformarsi al modello della madre amorevole. L'«alleanza di lavoro» di Greenson (1965) include invece anzitutto la parte reale o realistica della relazione, che Fenichel (1941) aveva denominato «transfert razionale».

Una famiglia litigiosa: perché si litiga e con chi? Si litiga per i rapporti e la gerarchia in seno alla famiglia; per l'importanza del transfert rispetto alla relazione reale. E soprattutto per i molti elementi che consciamente e inconsciamente sono presenti ed efficaci nell'interazione tra paziente e analista e che non possono essere riferiti solo a situazioni del passato.

Il lettore ci perdoni se presentiamo questi concetti in veste di persone che litigano tra loro. L'immagine ci serve per illustrare i fatti in maniera semplice e abbreviata. Più avanti citeremo alcuni autori che hanno infuso in questi concetti lo spirito litigioso. Finora si è riflettuto troppo poco sulla scarsa compatibilità reciproca tra questi termini, che derivano da concezioni differenti della pratica psicoanalitica. I concetti monadici sono in contrasto con i fratelli e le sorelle diadici. Il transfert, come la «scissione dell'Io» di Sterba (1934) e il «falso Io normale» di Freud (1937a), sono concetti monadici, mentre tutti i concetti relazionali sono diadici. Già inizia la disputa: ma allora qui si parla della relazione di transfert come di una relazione oggettuale? Sì, certamente, senza però mettere da parte la psicologia unipersonale, come dimostra la teoria kleiniana. Si lavora seriamente anche con la psicologia bi-tripersonale di Balint. Il transfert si difende da tutto questo, preoccupato che, quale figlio prediletto della famiglia, alla cui nascita dobbiamo la nostra esistenza professionale, possa subire danni che colpirebbero anche il paziente e noi stessi.

Non è necessario ripetere perché Freud abbia concepito il transfert in modo monadico e perché i membri diadico-interattivi della famiglia siano rimasti a lungo senza nome, sviluppando sotto sotto, in incognito, una maggiore efficacia. Perciò la nostra famiglia di concetti dovrebbe essere completata da quei membri già da sempre presenti, ma che Freud ha dettagliatamente descritto solo con il linguaggio comune. Raccomandiamo lo scritto freudiano

Per la psicoterapia dell'isteria (in *Studi sull'isteria*, 1892-95, p. 418) dove c'è una magnifica descrizione del comportamento che stimola il paziente a divenire «collaboratore» nella terapia. Tutte le testimonianze confermano che anche in seguito Freud ha sempre tentato come prima cosa di «allearsi» con il paziente per formare insieme lo stesso «partito». Va sottolineato che «non tutti i buoni rapporti tra analista e analizzato, durante e dopo l'analisi, vanno ascritti alla traslazione» (Freud, 1937a, p. 505). Ma nel frattempo il transfert positivo è diventato per il paziente qualcosa di più del motivo maggiore per partecipare al lavoro comune (*ibid.*, p. 516). A questo punto il rapporto è diventato un «contratto» o un «patto», ed è rimasto sottinteso il modo in cui l'«alleanza» si sviluppa. (Le parole tra virgolette provengono dalle ultime opere di Freud, 1937a, 1938.) È particolarmente significativo che Freud si sia orientato alla fine del suo lavoro verso diagnosi concepite in modo monadico, cioè verso le trasformazioni dell'Io che non implicano il rispetto del contratto. Freud ribadisce, naturalmente, che l'analista fa da «modello», da «maestro», e che «la relazione analitica è fondata sull'amore della verità, ovverosia sul riconoscimento della realtà» (1937a, pp. 530 sg.). Dal contesto risulta chiaro che viene presa in considerazione anche la realtà dell'analista, perlomeno come persona. Non è però spiegato in che modo tale realtà influenzi il transfert.

Potremmo risparmiarci le discussioni successive (vedi oltre, 2.7 e 2.8), se le tecniche terapeutiche si fossero sviluppate per risolvere il problema del riconoscimento della verità. Ne risultano invece confronti simili a quelli che caratterizzano le controversie familiari tra concetti monadici come «transfert irreprensibile (non urtante)», «scissione dell'Io» (Sterba, 1934), «falso Io normale» (Freud, 1937a) e concetti diadici che hanno il loro prototipo già nel linguaggio colloquiale di Freud, come «formazione del "noi"» (Sterba, 1940), «alleanza terapeutica» (Zetzel, 1956) e «alleanza di lavoro» (Greenson, 1965). All'interno della famiglia si litiga non solo su chi abbia, e con chi, una relazione molto stretta, ma anche sull'ipotesi che tutti traggano origine dal transfert irreprensibile, vale a dire dai primi rapporti madre-bambino. Per capire queste controversie è indispensabile presumere che il transfert sia fiero della sua intrinseca verità psichica, soggetta tuttavia a deformazioni. Si arriva a dire che, se prende il sopravvento il transfert negativo, la situazione analitica può essere totalmente paralizzata e può restarne minata la relazione reale, che è condizione vitale della cura. A questo proposito Freud (1938, p. 600) introdusse una verità solo apparentemente obiettiva o esterna: paziente e analista si basano sulla realtà del mondo esterno; esaminata più attentamente, essa non risulta meno soggettiva della verità che proviene dal transfert. L'introduzione della persona reale, del soggetto, nell'alleanza di lavoro non pregiudica l'accertamento della verità; al contrario, rende manifesta la soggettività delle nostre teorie. Ma, dopo tutto, la responsabilità personale dell'analisi

sta è la cosa più importante, ed egli deve essere disposto a sottoporre la sua pratica a un esame scientifico, cominciando con riflessioni critiche sul proprio modo di pensare e sui propri metodi, in pratica basandosi su una prassi *controllata*.

Prendiamo ora più attentamente in considerazione l'albero genealogico dei membri della nostra famiglia di concetti incominciando con la scissione dell'Io quale prototipo della concezione monadica, per poi arrivare alla formazione del «noi» con i suoi derivati. Rispetto alla capacità di scissione terapeutica dell'Io, riportiamo la seguente descrizione di Freud (1920a, p. 144; corsivo nostro) sulla «situazione ideale per l'analisi», la sola in cui l'efficacia dell'analisi può essere pienamente provata:

Quando qualcuno, che per il resto è padrone di sé, soffre a causa di un *conflitto interno* che non è in grado di risolvere da solo, e si rivolge allora allo psicoanalista, gli descrive la propria sofferenza e lo prega di aiutarlo. In questo caso il medico lavora *solidalmente* con una parte della personalità *patologicamente dimidiata* contro l'altra parte con cui essa è in conflitto. Situazioni diverse da questa sono più o meno sfavorevoli per l'analisi.

Sterba ridusse la descrizione di Freud alla sua essenza concreta: dallo sdoppiamento (personalità dimidiata) si passò alla scissione, e la capacità del paziente di riconoscere i conflitti interni come elementi determinanti del suo disturbo divenne un essenziale criterio tecnico di indicazione terapeutica. In definitiva, sembrava che fossero adatte alla psicoanalisi solo le persone i cui conflitti intrapsichici stavano sul piano edipico. A questo punto, far presente che Kohut ha concepito la psicologia del Sé e la tecnica di trattamento dei disturbi narcisistici della personalità espressamente come integrazione della classica terapia dei conflitti edipici dovrebbe bastare come esempio di fraintendimento della parola chiave «scissione dell'Io». Certamente è più semplice se il paziente si rende conto già da sé dei suoi conflitti, ma in ogni caso è necessario che l'analista gli dia una mano per formare una relazione terapeutica produttiva. Nella successiva accezione della scissione dell'Io è andata pressoché perduta la questione di come viene promossa la formazione del «noi», vale a dire mediante l'introduzione degli elementi relazionali non condizionati dal transfert, sebbene Sterba (1929, 1940) e Bibring (1937) avessero indicato nell'identificazione con l'analista, cioè nella formazione del «noi», la base della terapia.

Con la concettualizzazione unilaterale e perciò negativa della cura psicoanalitica si sottovalutano le esperienze genuine e straordinariamente piacevoli della scoperta di nuovi aspetti della vita, che si compiono mediante la comprensione e il lavoro comune, esperienze che non possono essere interpretate soltanto come sublimazioni. Se la relazione tra analista e paziente viene considerata come «relazione di una non-relazione» (Fürstenau, 1977), si rimane nell'ambito di un modo di concepire la terapia in cui l'analista assume un signifi-

cato piuttosto negativo e paradossale. D'altra parte, è fuorviante parlare di relazione, coppia, incontro, se non viene chiarito come si configurino sul piano terapeutico tali caratteristiche. Freud ci ha insegnato l'analisi del transfert, che a suo avviso sottintendeva la relazione; per cui, nel suo modo di condurre il trattamento, transfert e relazione procedevano certamente l'uno accanto all'altra, ma disgiunti. Oggi il problema sta nel riconoscere la reciprocità d'influenza e nell'interpretarla. Perciò riteniamo erroneo definire in negativo (sia come relazione di una non-relazione, sia come asimmetrica) la situazione analitica e la particolare relazione interpersonale che la costituisce, come se le relazioni umane naturali (ad esempio gruppi che mangiano, vivono, lavorano insieme) fossero simmetricamente congruenti come figure geometriche. La comunanza di interessi tra analista e paziente ha senz'altro i suoi elementi di divergenza, le sue asimmetrie; ma quel che più conta è sapere da dove provengono: dalla diversa posizione o dal problema in sé, che può essere risolto solo con sforzi comuni anche se di diverso tipo. È altrettanto sbagliato, dal nostro punto di vista, fare di una comunione di interessi una relazione di cameratismo, come d'altronde è antiterapeutico accentuare l'asimmetria così fortemente da rendere più difficili le identificazioni o da impedirle addirittura.

Per quanto la famiglia di concetti qui in discussione possa presentare vari aspetti ambigui, è certo comunque che divenne indispensabile riunire le multiformi manifestazioni di transfert in una concezione integrativa, per motivi tanto pratici che teorici. La teoria del transfert tentava infatti di chiarire il comportamento attuale del paziente e la sua cosiddetta analizzabilità nei termini del passato. Alla fin fine la capacità del paziente di superare i suoi transfert negativi e positivi, la resistenza al transfert, risalirebbe al dolce, positivo e irreprensibile transfert che si instaurò nella precocissima relazione madre-bambino. Da ciò risulta che l'influenza dell'analista sarebbe essenzialmente di natura secondaria, sarebbe cioè solo derivata.

Non soltanto questa teoria del transfert non resse al confronto con l'esperienza terapeutica, ma, a un'analisi più accurata, divenne anche chiaro che la psicologia psicoanalitica dell'Io, con la scissione terapeutica dell'Io di Sterba quale membro, tra i primi, della nostra famiglia di concetti, doveva portare all'alleanza di lavoro, contropartita della tecnica di trattamento nella teoria delle funzioni autonome dell'Io. Quando il paziente, con l'aiuto delle interpretazioni dell'analista o autonomamente, riflette su ciò che ha detto oppure osserva sé stesso, egli non fa tutto questo partendo dal vuoto. L'Io dell'analista, per quanto riguarda la sua normalità, può essere considerato come una finzione. Ma che cosa egli, l'analista, pensa del suo paziente e sente per lui, come percepisce il suo transfert, questo non è per nulla fittizio. Così come il paziente, quando emerge dalle sue manifestazioni di transfert, non va a parare in una terra di nessuno, anche l'analista non cade nel vuoto, quando indaga sulle fantasie inconsce del suo paziente o tenta di comprendere il proprio

controtransfert. Ciò che egli apporta al paziente è altrettanto influenzato dal suo punto di vista sul transfert quanto dalla sua opinione sulle percezioni realistiche del paziente. La conoscenza genetica, da sola, non è sufficiente; per capire e definire i fenomeni di transfert come tali, sono necessari altri campi d'indagine. Anche il paziente si trova parzialmente fuori dall'ambito del transfert, altrimenti non gli sarebbe possibile avere nuove esperienze, che sono promosse dalle prospettive innovative dell'analista. Il transfert si determina dunque dal non-transfert e viceversa.

Che ci sia qualcosa oltre il transfert, vale a dire l'identificazione con l'analista e le sue funzioni, lo dimostra la struttura della relazione terapeutica, che non si dissolve con la fine del trattamento. La risoluzione ideale del transfert faceva parte della concezione monadica del processo terapeutico, perciò non può stupire che non sia mai stata riscontrata nella realtà (vedi oltre, cap. 8). È vero che ci sono sempre state differenze valutative, ma il transfert irreprensibile, per Freud, non fu mai, comunque, oggetto di analisi, ed era quindi fuori dal campo di ciò che doveva essere risolto.

Per facilitare la comprensione, ripetiamo che la Zetzel considerava come base di capacità relazionale del paziente il transfert non urtante dei suoi primi rapporti con la madre. L'alleanza terapeutica della Zetzel è dunque di tipo derivato, e rientra nella teoria tradizionale del transfert. Nel corso degli anni Greenson invece ha ampiamente distinto la sua alleanza di lavoro dalla teoria classica del transfert. Ci sono motivi pratici e teorici per cui le dichiarazioni d'indipendenza di Greenson (1967) sono andate avanti per anni, ed è rimasto non chiarito il legame del transfert con il mondo materno e paterno. Così Greenson (*ibid.*) parlò dell'alleanza di lavoro come di un fenomeno di transfert, ma sottolineò contemporaneamente che si trattava di due forze parallele antitetiche. Come può essere risolta questa contraddizione? Se nella situazione analitica si considerano equivalenti transfert e relazione oggettuale (in senso psicoanalitico), anche l'alleanza di lavoro deve essere considerata come una relazione oggettuale, con le sue parti inconse, da interpretare.

L'estendersi della nostra famiglia di concetti portò nello stesso tempo all'amplificazione del concetto di transfert. Al lettore non sarà facile conciliare le due tendenze che ne derivarono, e che da una parte valorizzarono gli elementi non determinati dal transfert (la relazione terapeutica), dall'altra ampliarono il concetto di transfert. Il riconoscimento degli elementi non determinati dal transfert e la comprensione del transfert quale relazione oggettuale totale (relazione di transfert) sono nati da diverse tradizioni di prassi psicoanalitica, pur avendo radici comuni. Sterba (1936, p. 467) aveva sostenuto già cinquant'anni or sono che il transfert è in sostanza una relazione oggettuale come ogni altra, ribadendo nello stesso tempo la necessità di distinguerla. Il contributo più significativo all'ampliamento del concetto di transfert fu portato dalla Klein (1952) e dai «teorici britannici delle relazioni oggettuali», Balint, Fair-

bairn, Guntrip e Winnicott. Così li ha recentemente definiti Sutherland (1980) per mettere in rilievo la loro indipendenza e originalità nell'ambito della scuola inglese. La qualità storica, e quasi immutabile nel tempo, ascritta dalla Klein alle fantasie inconscie delle relazioni oggettuali, le rende sempre attuali e straordinariamente efficaci. Così, nel «qui e ora», interpretazioni profonde delle fantasie inconscie possono essere fatte da subito (Heimann, 1956; Segal, 1982). Dalla scuola kleiniana fu ascritto al transfert un significato unico nel suo genere; esso fu inquadrato nella teoria delle relazioni oggettuali. Il rigetto del narcisismo primario ebbe subito fruttuose conseguenze terapeutiche. Secondo questa teoria, le fantasie inconscie di transfert si orientano subito sull'oggetto, sull'analista; e, cosa ancora più importante, non appaiono mascherate da resistenze e sono perciò subito interpretabili, mentre secondo la psicologia dell'Io diventano un rompicapo le strategie interpretative definite con parole chiave (superficiale, profondo, transfert positivo o negativo, interpretazione della resistenza ecc.). La teoria kleiniana raccomanda di interpretare immediatamente le presunte fantasie inconscie come processi di transfert. Al contrario Anna Freud (1936) riferiva quasi interamente al passato le interpretazioni di transfert, considerando come generata dalla situazione psicoanalitica solo la resistenza. Nell'analisi rigorosa della resistenza come proposta da Kaiser (1934), d'accordo con Reich, e criticata da Fenichel (1935a), l'analista interrompeva il suo silenzio solo con occasionali interpretazioni della resistenza. Melanie Klein allentò la rigidità dell'analisi della resistenza e sostituì il silenzio con un nuovo stereotipo: immediata interpretazione di transfert delle fantasie oggettuali inconscie, con il loro tipico contenuto kleiniano del seno «buono» e soprattutto del seno «cattivo».

Nella teoria di Melanie Klein il «qui e ora» fu inteso esclusivamente come transfert nel senso di ripetizione storica (Segal, 1982). Ora è da chiedersi se si può attribuire alle parti inconscie del vissuto un'esistenza speciale, storica e atemporale, per quanto suggestivo possa essere il deposito dei pensieri onirici latenti nella memoria a lungo termine. L'inconscio non ha un'esistenza in sé, ma è legato alla storicità dell'esistenza umana. Nella concezione kleiniana del transfert, la ripetizione assume un'importanza così grande da sembrare che la temporalità – passato, presente e futuro – sia annullata. Perciò fu trascurato per molto tempo dai sostenitori di questa teoria il problema del cambiamento attraverso le nuove esperienze (Segal, 1964). Melanie Klein (1952, p. 534) sostiene che «per mettere in chiaro i particolari della traslazione è essenziale pensare in termini di situazioni globali trasferite dal passato al presente con le emozioni, le difese e le relazioni oggettuali che vi sono insite».

Seguendo la Klein, Betty Joseph (1985, p. 447) si esprime così: «Per definizione la nozione di transfert include tutto ciò che il paziente porta nella relazione. Per valutare meglio ciò che il paziente porta, dobbiamo focalizzare la nostra attenzione su ciò che sta avvenendo all'interno della relazione, cioè

come il paziente usa l'analista, secondo quanto dice e al di là di quanto dice.»

Il paziente comunque deve essere d'accordo con l'analista e con la sua interpretazione della realtà psichica del presente e del passato per potersi rendere conto della propria realtà psichica, liberarsi dal transfert, aprirsi al futuro. Il «qui e ora» può essere solo parzialmente un «là e allora», altrimenti non ci sarebbe nessun futuro che, fatto piuttosto significativo, non possa essere localizzato con avverbi tanto alla mano.

La definizione tradizionale localizzava il transfert in tutto ciò che è *non nuovo* nella situazione analitica, cioè nelle riedizioni della ripetizione dei conflitti intrapsichici che hanno la loro origine nelle relazioni oggettuali del passato e che si ripresentano automaticamente nella situazione terapeutica. Poiché nella terapia intervengono soluzioni nuove, divenne indispensabile mettere in rilievo questo aspetto della relazione tra paziente e analista con termini speciali che noi abbiamo individuato come i membri diadici della nostra famiglia di concetti legati all'alleanza di lavoro. Nello stesso tempo, però, la tecnica interpretativa della psicologia dell'Io rimase ancorata al passato e al modello del conflitto intrapsichico. Il transfert infatti era considerato una distorsione percettiva circoscritta; l'analista che procede secondo la psicologia dell'Io si pone la domanda: che cosa viene ripetuto di fronte a me in questo momento, quali ansie e desideri inconsci vengono ora inscenati, come vengono respinti e, innanzitutto, con chi sono correlati? Il transfert di quale madre o padre viene ora replicato in me? È evidente che queste domande si riferiscono principalmente al passato che si ripete senza che il paziente se ne renda conto. Certe regole di comportamento terapeutico fanno in modo che la ripetizione diventi pienamente efficace e permettono che essa sia ricondotta in modo convincente ai ricordi conservati nell'inconscio e rimasti dinamicamente attivi. L'analista si mantiene passivo e aspetta fintanto che il mite transfert positivo non diventi resistenza. Alla fine egli interpreta la resistenza.

«Il “qui e ora” è primariamente importante per il fatto che riconduce al passato, da dove proviene.» Secondo noi questa affermazione di Rangell (1984, p. 128) sintetizza una tecnica interpretativa che si rivolge in primo luogo ai ricordi e che relega in secondo piano la relazione attuale, cioè l'approccio interattivo. Esagerando si potrebbe dire che dell'aspetto diadico del processo terapeutico si prendono in considerazione solo le parti relative al transfert e si dirige rapidamente l'attenzione al passato e ai ricordi. Rangell, a dire il vero, riconosce l'importanza dell'alleanza di lavoro quando sostiene che si possono dare interpretazioni soltanto dopo che si sia formato un soddisfacente rapporto di collaborazione, ma ribadisce che a questo scopo non occorre alcuna particolare sollecitudine da parte dell'analista (*ibid.*, p. 126). A questo riguardo Sterba (1934, p. 121) era di diverso avviso, e sollecitava la formazione del «noi», come «lavoro comune»: «Fin dall'inizio il paziente viene incoraggiato a “co-operare” con l'analista contro qualcosa che si trova in sé stesso. Ogni singola seduta dà

all'analista varie occasioni di impiegare la parola "noi" riferita a sé e alla parte dell'Io del paziente che è in sintonia con la realtà.»

Si tratta dunque di priorità di tecniche di trattamento. È indiscusso che il transfert è orientato all'oggetto, poiché i desideri che emergono dall'inconscio al preconcio sono legati primariamente a oggetti, anche se questi non sono ancora rappresentati mentalmente all'inizio della vita. Questo decorso intrapsichico forma, secondo la teoria *topica* del transfert di Freud, esposta nell'*Interpretazione dei sogni*, la base dei fenomeni clinici del transfert. Le ipotesi teoriche corrispondono all'esperienza che il transfert, così come la formazione del sogno «dall'alto», è stimolato da un reale residuo diurno. Le percezioni realistiche, che variano nel loro corso, riguardano dunque l'analista. È una vera omissione, che porta spesso a gravi conseguenze, trascurare nelle interpretazioni di transfert questi residui diurni e la relativa interazione. L'omissione generalizzata di questi residui diurni nelle interpretazioni di transfert è tipica della psicologia dell'Io e dipende inoltre dal fatto che i *legami realistici* con la persona dell'analista vengono evitati perché contrari al paradigma tecnico basato sul rispecchiamento. Così la macroscopica discrepanza che esiste tra la considerazione del residuo diurno nell'usuale interpretazione dei sogni «dall'alto» e l'omissione di tale residuo nell'interpretazione del transfert, è spiegata dal riferimento alla teoria clinica del passato (finora prevalente) e alla realtà concreta del transfert.

Anche al di fuori della scuola kleiniana, l'ampliamento della teoria del transfert ha portato a notevoli trasformazioni della tecnica. Vorremmo riassumere ciò basandoci sulla discussione tra Sandler e Rangell. La seguente citazione contiene i punti essenziali delle argomentazioni di Sandler (1983, p. 41):

Sembra chiaro che l'introduzione e la descrizione di questi processi riferiti all'oggetto, e in particolare dei processi di difesa orientati verso l'oggetto, fanno intravedere una dimensione sostanzialmente nuova nel lavoro analitico e nel concetto di transfert. L'analisi del «qui e ora» dell'interazione analitica si è presa la precedenza, in termini di *timing* delle interpretazioni, rispetto alla ricostruzione del passato infantile. Se il paziente usava nella situazione analitica difese che coinvolgevano sia sé stesso sia l'analista, ciò era visto come transfert e progressivamente divenne un punto di primaria attenzione per l'analista. La domanda: «Che cosa sta succedendo ora?» giunse a essere formulata prima della domanda: «Che cosa rivela del suo passato il materiale del paziente?» In altre parole, il lavoro analitico, almeno in Gran Bretagna, venne focalizzato sempre di più su come il paziente faceva uso dell'analista nelle sue fantasie e nei suoi desideri e pensieri inconsci come apparivano nel presente, vale a dire nel transfert, come viene inteso implicitamente o esplicitamente dalla maggior parte degli analisti, nonostante la definizione ufficiale, restrittiva, del concetto.

Rangell (1984) fu tassativo nella sua critica. Egli pose il quesito: «Resistenza e difesa si presentano ancora per prime come avveniva con Freud, Anna Freud, Fenichel e altri? O stiamo andando nella direzione accettata da molti, cioè il transfert per primo o persino solo il transfert?» Egli dice che tutto sembra stia portando a una nuova polarizzazione: molti psicoanalisti, dappertutto,

danno la precedenza al «qui e ora» rispetto alla ricostruzione e all'insight. Rangell commentò (p.133): «Alla fin fine siamo noi psicoanalisti che dobbiamo decidere la scelta tra le due concezioni del transfert, intrapsichico oppure interattivo o transazionale. Una scelta analoga si impone anche tra modello intrapsichico e modello interattivo del processo terapeutico.»

Siamo dell'opinione che le decisioni in tal senso siano state prese e che le dispute in proposito siano soprattutto di origine dogmatica. È nella natura del concetto di transfert la necessità che sia integrato per diventare adatto tanto alla prassi terapeutica che a una teoria esauriente della cura. La stessa cosa vale anche per la scelta tra il modello intrapsichico e quello interattivo del trattamento. Non si tratta, dopo tutto, di un «aut-aut», ma di un «non solo, ma anche». Si deve accettare un compromesso di comodo? Niente affatto. La psicoanalisi vive, nella sua globalità, di integrazione, mentre i singoli orientamenti teorici tentano di affermare le proprie concezioni unilaterali. Questa è la radice delle continue controversie di cui daremo ora alcuni tipici esempi. Riconoscerne lo sfondo dogmatico torna a vantaggio, con le dovute riserve, della prassi psicoanalitica; riteniamo che chiarire i problemi conduca a cambiamenti, non soltanto in terapia. I seguenti esempi chiariranno alcune questioni. Rosenfeld (1972) criticò il grande rilievo dato da Klauber (1972a) all'influenza personale dell'analista, fino ad arrivare a un'accesa polemica. Eissler (1958), in contrasto con Loewenstein (1958), ribadiva che l'interpretazione doveva essere rigorosamente separata dalla persona dell'analista. Brenner (1979a), usando come esempi alcuni casi della Zetzel, credette di poter dimostrare che l'introduzione dell'alleanza terapeutica e di altri concetti ausiliari era del tutto superflua, qualora fosse stato analizzato bene il transfert. Questo autore è dell'opinione che tali stampelle diventano necessarie solo quando si trascura l'analisi del transfert, e gli riesce facile dimostrare omissioni nei casi della Zetzel. Nella sua equilibrata presa di posizione Curtis (1979, p. 190) mette in rilievo dove sta il pericolo: nel vedere l'alleanza terapeutica e l'intera famiglia di questi concetti come un obiettivo a sé stante, quello di creare una nuova relazione oggettuale, correttiva, invece di considerarla uno strumento per l'analisi di resistenza e transfert. Alla luce di questa argomentazione è comprensibile perché Stein (1981) trovi qualcosa da ridire sul transfert irreprensibile (non urtante) di Freud: ogni comportamento ha lati inconsci che possono o persino devono essere interpretati nel «qui e ora», anche se sono irreprensibili e qualunque sia la loro origine. Nella situazione analitica viene sempre trascurato qualcosa. Se ci si concentra sul contributo dell'analista nell'insorgere della «resistenza al transfert» nel senso di Gill e Hoffman (1982), si può perdere di vista la genesi inconscia, come ha giustamente osservato Stone (1981a).

Il ramo più giovane di questa famiglia di concetti è la concezione generale del transfert secondo Kohut, inquadrata nell'ambito della sua teoria degli oggetti-Sé: generale nel senso che Kohut (1984) considera le relazioni umane e il

ciclo vitale come la storia dei processi inconsci del cercare e trovare oggetti-Sé. Si tratta di relazioni oggettuali arcaiche dove il Sé e l'oggetto, l'Io e il Tu, sono fusi insieme. Gli oggetti sono descritti come parte del Sé e il Sé come parte degli oggetti. Analogamente, le particolari forme di transfert descritte da Kohut, cioè il transfert idealizzato e il transfert speculare, quest'ultimo suddiviso nei sottotipi di transfert fusionale, gemellare e speculare in senso stretto, sono varianti di un'unità interattiva. La teoria di Kohut si distingue da altre teorie delle relazioni oggettuali per la sua imponente accentuazione delle aspettative grandiose ed esibizionistiche attribuite al bambino piccolo. Secondo Kohut lo sviluppo di un senso di stabile fiducia in sé dipende dal riscontro e dal riconoscimento di tali aspettative. La teoria degli oggetti-Sé riconduce le anomalie delle relazioni oggettuali e quelle del sentimento del Sé a una medesima genesi, dove la componente eidetica, il mostrarsi e rispecchiarsi negli occhi della figura materna di riferimento, ha un ruolo dominante.

Poiché la dipendenza umana dal mondo circostante continua lungo tutto il corso della vita, la teoria degli oggetti-Sé di Kohut ha conseguenze tanto generali che specifiche per la tecnica di trattamento. Tutti i pazienti, a causa della loro insicurezza, dipendono dal riconoscimento e quindi trasferiscono sull'analista le relative aspettative. Kohut ha descritto, inoltre, specifici transfert degli oggetti-Sé fornendo una base genetica per la loro interpretazione, cioè riferendosi alla loro origine. Ci basiamo sulla sintesi di Brandchaft e Stolorow (1984, pp. 108 sg.):

Queste relazioni con gli oggetti-Sé sono necessarie per mantenere la stabilità e la coesione del Sé mentre il bambino acquisisce gradualmente la struttura psichica che lo renderà capace di autoregolarsi. Lo sviluppo di tali relazioni con gli oggetti-Sé riflette la continuità e l'armonia dei processi evolutivi nei loro vari gradi, organizzati gerarchicamente. Nell'«onnipotenza» che fu descritta come caratteristica della patologia delle relazioni oggettuali arcaiche (Melanie Klein, Rosenfeld, Kernberg) possiamo riconoscere il persistere di un'aspettativa piena di fiducia che i bisogni di oggetti-Sé vengano esauditi. Se questi bisogni arcaici si mantengono, significa che sono stati interrotti la differenziazione, l'integrazione e il consolidamento delle strutture del Sé e si è inoltre interrotta la linea di sviluppo delle relazioni con gli oggetti-Sé. Vengono quindi ulteriormente richiesti oggetti-Sé arcaici, insufficientemente differenziati e integrati, che sono usati in sostituzione della struttura psichica mancante.

La relazione con l'analista viene allora modellata da aspettative inconse totali che sembrano rendere necessario un tipo di rispecchiamento del tutto diverso da quello che Freud introdusse con l'analogia dello specchio. Sebbene Kohut (1984) dica di applicare il metodo psicoanalitico in maniera persino più rigorosa di quella prescritta dal modello tecnico di base di Eissler, sembra che, nelle interpretazioni delle «traslazioni d'oggetto-Sé» egli offrisse al paziente molto riconoscimento. Discuteremo questo argomento più dettagliatamente in seguito (vedi oltre, cap. 4).

La nostra sintesi delle dispute più salienti contiene considerazioni che pos-

sono risultare tutte legittime, poiché è estremamente facile mostrare a un analista le occasioni d'interpretazione di transfert che si è lasciato sfuggire. Tali dispute potrebbero essere elevate a un livello di discussione feconda, riconoscendo le relative premesse teoriche e superando le ortodossie specifiche delle varie scuole.

I rappresentanti della scuola di Melanie Klein e i seguaci del modello tecnico di base di Eissler, e quelli di Kohut, differiscono tra loro rispetto al modo di vedere i contenuti tipici del transfert. Nello stesso tempo, sono attaccati alle proprie modalità di concepire il transfert.

Il fatto stesso che ogni scuola descriva contenuti di transfert peculiari depone a favore dell'influenza dell'analista sul contenuto del transfert, ma da questo fatto le scuole non traggono nessuno spunto per una revisione. È quasi certo che una relativizzazione del proprio punto di vista da parte di ogni singolo analista sarebbe inevitabile se venisse attuata una revisione. Il campo del transfert è infatti delimitato in vari modi dalle differenti teorie e diversamente vangato, arato, coltivato dalle diverse tecniche di trattamento. I transfert vengono definiti partendo dal non-transfert e viceversa. Dal punto di vista teorico e pratico è dunque indispensabile l'integrazione delle teorie del transfert orientate verso il passato. D'altra parte è ben comprensibile e significativo che nelle scuole rigorose ci rimetta l'alleanza di lavoro, indipendente dal transfert. Altrimenti il modello di transfert e di trattamento intrapsichico dovrebbe essere sostituito da una concezione interpersonale. Nella prassi psicoanalitica indipendente da scuole, decisioni in tal senso sono state prese da lungo tempo. E la discussione tra Sandler e Rangell sull'interpretazione del transfert nel «qui e ora» implica molto di più che problemi di priorità di tecnica interpretativa. L'inversione apparentemente innocua della prima domanda che ora si pone l'analista: «Che cosa sta succedendo ora?», ha enormi conseguenze pratiche e teoriche che riguardano, ad esempio, quale posto spetti a costruzione e ricostruzione. Se si parte considerando tutta la relazione di transfert attuale nel suo senso più ampio, si riconosce tanto l'influenza dell'analista sul processo di transfert che la presenza di un'interazione bipersonale. Perciò è sbagliato parlare solo di ampliamento del concetto di transfert; si tratta piuttosto di un cambiamento di prospettiva che si sta sviluppando già da tempo, senza dare nell'occhio, nella prassi psicoanalitica. È stato sempre importante il rapporto tra «qui e ora» e «là e allora», ma solo negli ultimi tempi si è capito quanto «ciò che sta succedendo ora» sia da noi influenzato.

I sintomi nevrotici, psicotici e psicosomatici si formano lungo il corso della vita del paziente, e l'osservazione di ripetizioni e rafforzamenti di conflitti dà la possibilità di importanti comprensioni profonde dei collegamenti psicogenetici e psicodinamici. Dal punto di vista terapeutico è decisivo sapere per quanto tempo e con quale intensità sono stati usati gli occhiali retrospettivi e quando sono stati inforcati quelli per vedere da vicino, e su che cosa si sofferma parti-

ticularmente a lungo lo sguardo dell'analista. La relazione tra le diverse prospettive determina largamente ciò che si considera transfert. E infine, che dire riguardo alla comprensione del transfert nel suo complesso, in cui è centrale la relazione con l'analista?

Le interpretazioni di transfert possono essere fatte ai vari livelli, inconsci o preconsce, di questa relazione oggettuale. La prospettiva del paziente si approfondisce e si amplia nel confronto con le opinioni dell'analista. Sebbene l'ideale sia la reciproca comunicazione, l'influenza dell'analista può aumentare moltissimo se egli opta per una concezione ampia e totale del transfert (relazione di transfert). Balint criticò, infatti, le interpretazioni stereotipate del transfert che mettono lo psicoanalista in una posizione totipotente e il paziente in posizione di estrema dipendenza. Il bersaglio di questa critica era la tecnica kleiniana, dove la relazione di transfert viene intesa esclusivamente come ripetizione. Più sono le interpretazioni di transfert date, più importante diventa vedere nel «qui e ora» i reali stimoli scatenanti e non perdere di vista la realtà esterna del paziente.

Speriamo di aver dimostrato che è necessario riconoscere nell'alleanza di lavoro (la «relazione reale» di Freud) una parte terapeuticamente essenziale della situazione analitica, di cui tener conto in modo sistematico. Altrimenti si cade nel paradosso del barone di Münchhausen, e il transfert deve tirarsi fuori dalla palude attaccandosi ai propri capelli. In questo senso Schimek (1983, p. 439) ha parlato di paradosso clinico: il transfert è risolto dalla forza del transfert. Già Ferenczi e Rank (1924) prestarono attenzione a questo paradosso nel loro saggio *Entwicklungsziele der Psychoanalyse* (Prospettive di sviluppo della psicoanalisi); sarebbe una contraddizione *in adjecto*, una cosa impossibile, pretendere di usare l'amore del paziente nei confronti del medico per aiutarlo a farne a meno.

Per concludere, desideriamo sottolineare espressamente che, per quanto riguarda la capacità del paziente di strutturare un'alleanza di lavoro, non si tratta di una caratteristica costante della personalità. Nella diade terapeutica, l'alleanza di lavoro può essere positivamente rafforzata o negativamente indebolita dall'analista. Liberman parla di un tipo di interazione *iatrogena* quando l'analista è carente nella sua capacità di comprendere globalmente il paziente (cit. in Lerner e Nemirovsky, 1986). Sull'interrelazione fra alleanza di lavoro e nevrosi di transfert si sono particolarmente soffermati Ticho e Ticho (1969). Nel frattempo le ricerche di Luborsky (1984) hanno dimostrato empiricamente che l'alleanza di lavoro influisce in modo decisivo sul decorso e sull'esito del trattamento. La prova del cambiamento che Freud (1908) esigeva, per motivi pratici e teorici, legittima e nel contempo limita sia il margine di libertà del metodo psicoanalitico sia l'influenza esercitata dallo psicoanalista attraverso il suo modo di gestire il transfert come parte vitale del processo analitico.

2.6 *Il nuovo oggetto come soggetto. Dalla teoria delle relazioni oggettuali alla psicologia bipersonale*

Freud ha parlato del «nuovo oggetto» e della «nuova lotta» conseguenti al transfert. Egli descrive come prima fase del trattamento l'insorgenza del transfert mediante la liberazione della libido dai sintomi e come seconda fase la lotta per il nuovo oggetto, l'analista (Freud, 1915-17, p. 603). È chiaro che il lato innovativo della lotta è legato al nuovo oggetto, le cui qualità furono elaborate specialmente da Loewald (1960). Sembra espressione dello spirito del tempo, produttivo per la psicoanalisi, il fatto che contemporaneamente appare l'autorevole libro di Stone (1961) sulla situazione psicoanalitica. Crediamo che la strada verso il *nuovo oggetto* debba condurre inevitabilmente a riconoscere che il *soggetto* è l'osservatore partecipante, che interpreta guidato dai suoi sentimenti soggettivi e dalla sua teoria. Il peso del lavoro terapeutico non viene portato dall'oggetto nuovo ma dalla persona, lo psicoanalista. Attraverso le sue interpretazioni l'analista indica al paziente passo dopo passo come egli lo vede, rendendolo così capace di vedersi in modo nuovo e diverso, acquisire nuova consapevolezza e modificare il proprio comportamento. Il nuovo soggetto agisce sul paziente in modo innovativo. Come potrebbe portare a cambiamenti la suggestione, la parte del transfert che deve essere eliminata? Le ripetizioni non sono interrotte dal fatto che il paziente ne venga dissuaso dall'analista con sublime suggestione interpretativa. Così dovrebbero essere spiegati i cambiamenti terapeutici qualora l'influenza dello psicoanalista fosse inclusa nell'analogia di transfert e suggestione.

Freud elaborò analogie del genere contribuendo così a quelle unilaterali che hanno rallentato una più profonda comprensione della funzione terapeutica del nuovo soggetto. La «persona del medico», con il quale il paziente ha un «vero e proprio rapporto» in «un'efficace traslazione», nella teoria della tecnica freudiana è soltanto una «fra le *images* di quelle persone dalle quali è stato abituato a ricevere del bene» (Freud, 1913b, pp. 348 sg.). Certamente il soggetto viene usato anche come oggetto, come notò Winnicott (1971). I processi di transfert si inscenano sull'oggetto. Il problema terapeutico consiste nella risoluzione della ripetizione, nell'interruzione del circolo vizioso nevrotico che si autoperpetua. Abbiamo ora di fronte due persone che possono comportarsi in modo critico l'una verso l'altra. Per interrompere il circolo vizioso della coazione a ripetere, è essenziale che il paziente possa, secondo l'espressione di Loewald (1960), scoprire qualcosa di nuovo nell'oggetto. Come persona, l'analista non corrisponde affatto, o soltanto parzialmente, alle aspettative del paziente in particolari aree, specialmente quella dei suoi sintomi o di determinate difficoltà esistenziali, aspettative che finora sono state esaudite in virtù di meccanismi inconsci. Il «nuovo» viene chiarito regolarmente da

Freud basandosi su modelli biografici, come la « fiducia » del bambino. Ne è un esempio la seguente citazione (1926b, p. 391; corsivo nostro): « Questa influenza personale è la nostra arma dinamicamente più forte, il fattore *nuovo* che introduciamo nella situazione e il vero motore della cura (...) Il nevrotico prende parte al lavoro perché *ha fiducia* nell'analista (...) Anche il *bambino* crede solo nelle persone alle quali è *legato*. »

Poiché la teoria psicoanalitica delle pulsioni parla dell'oggetto e questo linguaggio è stato adottato anche nella psicologia delle relazioni oggettuali, si è sorvolato sul fatto che abbiamo a che fare con esseri viventi, con persone che si influenzano l'una con l'altra. Lo psicoanalista propone, perlomeno, soluzioni implicite ai problemi, per sottintesi, anche quando crede di parlare di nient'altro che di transfert. Sappiamo oggi, grazie ai numerosi studi esaurienti sulla prassi freudiana, criticamente valutati e interpretati da Cremerius (1981b), che il fondatore della psicoanalisi aveva una concezione ampia e articolata del trattamento e che impiegava una vasta gamma di mezzi terapeutici. L'importanza rivoluzionaria dell'introduzione del soggetto nell'osservazione e nella terapia rimase nascosta perché comportava notevoli problemi sia pratici che teorici di grave peso per la psicoanalisi. Questi problemi sono diventati risolvibili solo negli ultimi decenni (Polanyi, 1958). Freud tentò prontamente di eliminare il soggetto tagliandolo fuori dall'area della « tecnologia psicoanalitica » (Wisdom, 1956; vedi oltre, cap. 10). Il soggetto riemergeva nella discussione sulla tecnica di trattamento, questa volta ridotta al controtransfert, che doveva essere tenuto al minimo per motivi di obiettività; Freud lasciò il soggetto nell'area extratecnica dove l'analista, come « persona » reale, rimase fino ai tempi più recenti, anche se solo nella teoria della tecnica. Attualmente, però, si stanno compiendo trasformazioni che cambiano il paradigma terapeutico e teorico di Freud. Nel suo lavoro *The Point of View of Psychoanalysis. Energy Discharge or Person?* (1983) Gill ha difeso in modo convincente sia l'integrazione dell'interazione intrapsichica e interpersonale sia la sintesi della teoria delle pulsioni e di quella delle relazioni oggettuali. Semplicemente il fatto che un autore che tre decenni prima aveva ampliato insieme con Rapaport (1959) i punti di vista della metapsicologia metta ora in posizione centrale la persona, cui tutto viene subordinato, invece della scarica energetica delle pulsioni, è già di per sé motivo di riflessione. Ovviamente, dal punto di vista scientifico, è più importante che – e come – si trasformino i dati delle osservazioni psicoanalitiche sotto il primato della persona o, più esattamente, nella prospettiva dell'interazione tra persone secondo la concezione di Gill.

I pilastri portanti della psicoanalisi, transfert e resistenza, furono eretti sul fondamento di un idealizzato « isolamento » (*detachment*) scientifico (Polanyi, 1958); perciò vi persistono errori strutturali, la cui eliminazione può essere solo di vantaggio alla loro capacità di sostegno.

Come sappiamo da Jeanne Lampl-de Groot (1976), Freud come terapeuta

si muoveva su due livelli: a volte su quello della relazione, altre volte su quello del transfert. Le era sempre chiaro quando Freud le parlava come persona reale e quando come oggetto del transfert. La differenziazione tra questi due aspetti deve essere stata molto rilevante, poiché relazione e transfert non sono soltanto sistemi di per sé complessi, ma sono anche strettamente intrecciati. Questo intreccio fece nascere molteplici problemi pratici e teorici, ai quali Freud trovò una soluzione monadica nel modello teorico di terapia ideale e una soluzione diadica nella prassi.

Ancorare la concezione pluralistica al paradigma teorico, e non limitarsi a praticarla, significherebbe esaminare gli effetti di tutti i tipi d'influenza esercitati dall'analista sul paziente e viceversa. Non è stato invece creato nessun modello per questo. Negli ultimi anni è divenuto pubblicamente noto come Freud praticava la psicoanalisi. La tradizione impose il modello monadico, che fu coltivato dai successori di Freud con lo scopo di portare il transfert alla forma più pura. Per la verità non c'è nell'opera freudiana nessuna discussione esauriente sulla «relazione reale» attuale. L'influenza terapeutica dell'analista viene ricondotta ai suoi precursori nel ciclo vitale del paziente, cioè ai genitori, in termini di transfert positivo sublimato, irreprensibile, il quale necessariamente genera confusioni (Sandler, Dare e Holder, 1973). La relazione reale appare contrapposta al transfert e da esso minacciata: un transfert intenso può scaraventare il paziente fuori dalla relazione reale con il medico (Freud, 1912a, pp. 530 sg.; 1915-17, p. 392). E si è rimasti a tali descrizioni globali o alle caratteristiche negative (deformazione della relazione reale dovuta al transfert). Più tardi Freud ammette che non tutte le buone relazioni (terapeutiche) devono essere intese come transfert; potrebbero avere anche una base reale (1937a, p. 501). Non abbiamo parole per descrivere ciò che è nuovo, nemmeno per gli aspetti innovativi delle strategie dirette alla soluzione dei problemi del paziente. Anna Freud (1936) sostiene che noi definiamo transfert tutto ciò che non è nuovo nella situazione psicoanalitica. Perciò si continua a sottolineare che la nevrosi di transfert è spontanea, che non è provocata dal medico. La sua «neutralizzazione», il suo «annullamento» (Freud, 1901, pp. 397 sg.), può, anzi deve, necessariamente, portare all'eliminazione dei sintomi. Freud affermerà più tardi (1915-17, p. 601) che, se il transfert è «scomposto» o «demolito», significa che, secondo le premesse teoriche, «si è giunti senz'altro a quei cambiamenti interni» che garantiscono il successo definitivo. Solo raramente si riscontra nell'opera freudiana quanto lo psicoanalista contribuisca alla soluzione dei problemi del paziente e quindi alle sue nuove potenzialità e alla sua libertà di decidere.

2.7 Il riconoscimento delle verità attuali

La profonda inquietudine che bloccò Freud come uomo, come medico e come scienziato per la scoperta del transfert, perdura tuttora. Dopo la scoperta

(1895), Freud sottolineò nel Poscritto al caso di Dora (*Frammento di un'analisi d'isteria*, 1901) l'importanza del transfert quale essenziale fattore terapeutico: l'analista elimina il transfert rendendone il paziente consapevole. Il trattamento di Dora terminò nel 1900 e fu descritto come caso clinico nel gennaio 1901. In seguito Freud ribadì nell'*Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17) che si deve «costringere» il paziente al passaggio dal ripetere al ricordare.

Questo è uno fra i tanti segni che l'inquietudine di Freud ancora persisteva. La formalizzazione delle regole di trattamento avvenuta nel frattempo, che tra l'altro aveva lo scopo di facilitare la comprensione e la gestione del transfert, non è riuscita a risolvere i problemi. Il contenuto aggressivo delle metafore scelte da Freud (scomporre, eliminare) fa sospettare che la verità attuale, situazionale, cioè la parte realistica di ogni transfert, inquietasse dolorosamente anche lui. Ci sono molti modi per respingere le osservazioni realistiche del paziente. Possono servire allo scopo, per quanto possa sembrare paradossale, anche interpretazioni di transfert di tipo molto diffuso, che vengono fornite quando il paziente fa osservazioni realistiche, adeguate, pertinenti. Invece di partire dalla plausibilità di una percezione o di occuparsi degli effetti di un'osservazione realistica sull'inconscio e della sua messa in scena nel transfert, spesso l'analista dà interpretazioni che prendono in considerazione solo la distorsione percettiva: «Lei pensa che potrei tirarmi indietro da lei come sua madre... che potrei arrabbiarmi come suo padre?» Può avere, infatti, effetto liberatorio tornare mentalmente al passato; così il paziente viene liberato da un impulso egodistonico nel presente, come è stato descritto da Anna Freud (1936). Tuttavia è di vitale importanza la forma assunta dall'interpretazione di transfert. Se essa è costruita come se il paziente stesse proprio immaginando tutto nel «qui e ora», verrebbe ignorata la verità situazionale nella percezione del paziente con il risultato frequente di grave ripulsa e umiliazione, e conseguente aggressività. Se tutto ciò è interpretato, invece, come riproduzione, riedizione di vecchi cliché (Freud, 1912a, p. 524), come transfert, ci troviamo di fronte a quella situazione che Anna Freud (1954, pp. 618 sg.) ha messo in discussione, domandandosi se non sia responsabile di alcune delle reazioni aggressive «che noi scateniamo nei nostri pazienti e che tendiamo a considerare solo come "vero transfert"», il trascurare a volte del tutto il fatto che «analista e paziente sono anche due persone, ambedue adulte, che si trovano in una reale relazione personale l'una con l'altra».

In seguito alle descrizioni di Balint (1968) degli artefatti, nel senso di ripetizioni rafforzate reattivamente, non è più possibile accontentarci oggi di caute proposte di discussione. Non sono importanti soltanto le conseguenze della relazione personale reale sul processo terapeutico, ma anche il riconoscimento della straordinaria influenza dello psicoanalista sul transfert. Non si può più ignorare che «l'ipocrisia del lavoro professionale» sulla quale ci ha fatto aprire gli occhi Ferenczi (1933, p. 417) sia in grado di provocare persino deformazioni

nevrotiche del transfert. Freud (1937b) presumeva che persino nel fondo delle false percezioni psicotiche della realtà ci fosse una «verità storica [che riguarda la storia di vita]».

La rilevanza storico-biografica di queste verità *storiche* deve essere ricostruita nel migliore dei modi. Delle verità *attuali* si può dare una dimostrazione concreta e, riconoscendole, diventa molto più evidente la componente del transfert toccata o scatenata dall'analista. È infondata la preoccupazione che, accettando le percezioni realistiche del paziente, si possa inquinare il transfert e renderlo irricognoscibile. Al contrario, attraverso il contributo del paziente si riesce poi ad afferrare verità più profonde. Se le verità reali, proprie della situazione, sono integrate nella tecnica interpretativa come tali, vale a dire come elementi inizialmente autonomi, si procede alla stessa maniera di quando, nell'interpretazione dei sogni, si parte dai residui diurni, considerandoli con serietà. L'analista non svela nulla della propria vita privata, non fa confessioni (Heimann, 1970, 1978; Thomä, 1981, p. 68). L'atmosfera cambia radicalmente, è ovvio, se si ammette che le osservazioni del paziente nel «qui e ora» e nell'ambito dello studio dell'analista siano esatte o, nel caso dubbio, possibili. Secondo Gill è indispensabile, nel caso dubbio, riconoscere in partenza almeno la plausibilità delle osservazioni del paziente per i seguenti motivi: nessuno è in grado di indagare in sé stesso con perfetta conoscenza di sé o di controllare l'influsso del proprio inconscio. Si dovrebbe perciò tener conto della possibilità che i pazienti percepiscano qualcosa che è sfuggito all'attenzione dell'analista. Un'eventuale disputa su chi ha ragione, probabilmente, andrebbe a finire con il paziente che si tira indietro a causa della sua dipendenza, prendendo nota dell'esperienza che le sue osservazioni *ad personam* non sono gradite. In tale circostanza, lo psicoanalista non avrà dato un buon esempio di serenità e avrà dimostrato di non essere disposto ad accettare l'opinione critica di altri e servirsi come punto di partenza per riflessioni autocritiche. Le ricerche di Gill e Hoffman (1982) dimostrano che è praticabile un'indagine sistematica relativa all'influenza dell'analista sulla forma assunta dal transfert.

L'ideale dello specchio riflettente puro deve essere abbandonato non solo perché è irraggiungibile e può portare a confusione, da un punto di vista epistemologico; ma è persino dannoso sul piano terapeutico perseguire in psicoanalisi questa fata morgana, perché il paziente può vivere come rifiuto il puro riflesso speculare delle sue domande. Talvolta non è solo immaginazione dei pazienti che le loro osservazioni o domande siano perlomeno scomode (vedi oltre, 7.4). La riflessione speculare delle domande è vissuta come elusione. Le verità attuali vengono scansate. I pazienti particolarmente predisposti presentano regressioni maligne, con deformazione anche delle verità storiche, a causa dello spostamento delle percezioni realistiche attuali. Sembra infatti che il paziente dica tutto ciò che gli viene in mente, ma pilotato dall'inconscio eviti i punti sensibili dell'analista registrati preconsapevolmente. Spesso non si tratta di

illusione o di sentimento di transfert; il paziente non soltanto *sente* di poter essere sgradito con questa o quella domanda o osservazione: egli è spesso sgradito per le sue osservazioni critiche e realistiche. Non siamo all'altezza di questi problemi se il nostro narcisismo ci impedisce di riconoscere la plausibilità delle osservazioni realistiche. Se, al contrario, ci sforziamo, nella nostra tecnica interpretativa, di partire dalla realtà della situazione e dal suo effetto sul transfert, otterremo come risultato un cambiamento sostanziale che non riguarda solo l'atmosfera delle sedute. In tal caso si riesce a formare con maggiore facilità un'efficace relazione terapeutica poiché si fanno nuove esperienze nel «qui e ora», che servono da contrasto alle aspettative di transfert. È ovvio che si dia ora un senso particolare all'asserzione di Freud che abbiamo citato sopra, secondo la quale i conflitti sono portati in terapia al massimo livello psichico, per essere in tal modo annullati. Il riconoscimento delle percezioni realistiche da parte dell'analista dà al paziente la possibilità di portare a termine gli atti psichici e di raggiungere un accordo con il soggetto-oggetto che rappresenta la premessa fondamentale per la formazione della costanza d'oggetto e per ritrovare il Sé. Le esperienze genuine e terapeuticamente efficaci della situazione psicoanalitica sono caratterizzate dall'abilità di portare a compimento gli atti psichici nel modo ora descritto.

Si manifestano invece effetti sfavorevoli sulla nuova «nevrosi artificiale», come Freud chiamò la nevrosi di transfert, se l'analista trascura nelle sue interpretazioni le percezioni realistiche attuali, mediante riduzioni genetiche o considerandole magari come distorsioni. Questo è niente di meno che una violazione di quell'amore per la verità che Freud (1937a) voleva praticare attraverso il riconoscimento della realtà. Ma nella tecnica è rimasto irrisolto finora proprio questo problema, come l'analista può riconoscere le percezioni realistiche. Precisamente, come le verità storiche negate o falsate stanno alla base dei processi psicotici, così si possono produrre nevrosi di transfert caotiche o persino psicosi di transfert a causa del disconoscimento delle verità attuali. In coerenza con la teoria psicoanalitica, sommando innumerevoli rifiuti di percezioni realistiche, inconsciamente registrati, si ha il risultato di una perdita parziale della realtà. È quindi fuor di dubbio che la nevrosi di transfert modellata dall'analista sia codeterminante per l'esito della cura e per la risoluzione più o meno problematica del transfert. Le difficoltà maggiori nella risoluzione del transfert dipendono probabilmente, a prescindere dai singoli casi, dalla grave sottovalutazione degli effetti della relazione terapeutica bipersonale sul decorso del trattamento.

2.8 *Il «qui e ora» in una nuova prospettiva*

Abbiamo cercato di dimostrare che nella situazione psicoanalitica sono implicati complessi processi di reciproco influenzamento, che coinvolgono

entrambi i partecipanti. In relazione a ciò le ricerche sistematiche sono metodologicamente difficili e costose. Non può essere compreso nella sua totalità, né clinicamente né scientificamente, quale effetto abbia sul paziente la persona reale dell'analista, con la sua equazione personale, il suo controtransfert, le sue teorie e la sua antropologia latente. Si ripropone di continuo il tipico dilemma: la complessa realtà della persona non può essere usata come misura di tecnica di trattamento, ma, d'altra parte, l'indagine su un frammento del «qui e ora» non rende giustizia alla complessità della situazione. È certamente un maestro chi sa ridurre le difficoltà del problema! Gli studi qualitativi e quantitativi di Gill e Hoffman (1982) sono centrati sul tema della resistenza al transfert e sul contributo dell'analista alla genesi di questa e alla sua trasformazione nel «qui e ora». Devono essere sottolineati con attenzione ambedue gli aspetti di questa resistenza contro il transfert. Per il «qui e ora» la comprensione è facile perché il cambiamento terapeutico può avvenire solo nel presente. Gill e Hoffman fanno risalire, parzialmente, anche al passato la formazione della resistenza (e del transfert), ma essi mettono in rilievo soprattutto la genesi attuale, situazionale, della resistenza e del transfert. Valutano meno importante la spiegazione ricostruttiva per i seguenti motivi: nella tecnica psicoanalitica è stato trascurato il contributo dell'analista rispetto al transfert e alla resistenza; la ricostruzione della loro genesi deve quindi iniziare nel «qui e ora». Secondo noi si può arrivare, in maniera terapeuticamente più efficace e teoricamente più convincente, ai fattori primari determinanti l'insorgere di stati nevrotici, psicosomatici e psicotici, prendendo in considerazione, insieme alle altre cause, i fattori che *mantengono* tali stati nel «qui e ora». È un fatto notevole che solo recentemente il «qui e ora» abbia occupato il posto preminente che gli spetta, quale perno essenziale della terapia. Contemporaneamente, l'estensione del concetto di transfert, che ora molti analisti concepiscono come la totalità della relazione oggettuale del paziente nei confronti dell'analista, è già stata da noi descritta come segno di un cambiamento radicale (vedi sopra, 2.5). La retrospezione e il risveglio dei ricordi sono stati sempre al servizio della sua risoluzione per ampliare così la prospettiva del futuro. Sebbene nella comprensione tradizionale del transfert dominasse il concetto di ripetizione, ci piace citare dall'opera freudiana due passi di immediato interesse il cui contenuto, secondo noi, solo oggi si sta pienamente realizzando nelle sue potenzialità terapeutiche e teoriche. In *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914a, p. 360) Freud afferma:

La traslazione crea così una provincia intermedia fra la malattia e la vita, attraverso la quale è possibile il passaggio dalla prima alla seconda. Il nuovo stato ha assunto su di sé tutti i caratteri della malattia, ma costituisce una malattia artificiale completamente accessibile ai nostri attacchi.

E nell'*Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17, p. 593) leggiamo:

L'inizio della cura non pone fine a questo sviluppo ma, appena la cura si è impadronita del malato, avviene che l'intera neoproduzione della malattia si riversa su un solo punto, ossia sul rapporto

col medico. La traslazione diventa così paragonabile alla zona di cambio fra il legno e la corteccia di un albero, dalla quale deriva la formazione di nuovi tessuti e l'aumento di spessore del tronco. Non appena la traslazione è assurta a questa importanza, il lavoro sui ricordi dell'ammalato passa decisamente in secondo piano. Allora non è inesatto dire che non si ha più a che fare con la precedente malattia del paziente, bensì con una nevrosi di nuova formazione e profondamente trasformata, che sostituisce la prima.

Non c'è da stupirsi se le enormi implicazioni di questi paragoni sono rimaste inquietanti per gli psicoanalisti. Se trasponiamo nella prassi il senso di queste metafore, e vediamo il transfert come la zona di cambio di un tessuto vegetale, capace di divisione cellulare per tutta la vita, allora la crescita e proliferazione del transfert, in tutte le sue forme e contenuti, diventa una grandezza che dipende anche dall'influenza dell'analista. In verità, tutti gli analisti partono dal presente, dal «qui e ora», nella loro prassi terapeutica. Costruiscono e ricostruiscono, interpretano il passato alla luce degli insight realizzati nel presente. Noi ricostruiamo quella parte del transfert di cui sospettiamo la genesi nel passato partendo dal «qui e ora». Su questa base l'attualità si caratterizza per la discussione sulla narrativa psicoanalitica, su cui Schafer (1982) e Spence (1982a) hanno assunto posizioni estreme.

Dal momento che gli esseri umani sono orientati già dalla prima infanzia verso il mondo circostante e che, dal punto di vista psicoanalitico, troviamo oggetti persino nelle fantasie narcisistiche, siano essi pure gli oggetti-Sé di Kohut, a livello totalmente inconscio, il transfert non può essere nient'altro che una relazione oggettuale. In precedenza non è stato dato alcun peso a tali truismi (vedi Sterba, 1936; 2.5). Persino Nunberg, che considerava la situazione analitica molto simile a un attaccamento ipnotico del paziente verso il medico, assegnò tuttavia al transfert il significato di una relazione oggettuale autonoma. Infatti egli sostiene (1951, p. 5):

Per quanto desideri e pulsioni si orientino, nel transfert, sugli oggetti del mondo esterno (...) il transfert non dipende dalla coazione a ripetere. La coazione a ripetere verte sul passato, il transfert invece sull'attualità (realtà) e perciò, in un certo senso, anche sul futuro.

Il contributo dell'analista al transfert conferisce a esso un'importanza simil-processuale. Nei confronti sia della genesi che della scomparsa del transfert è necessario considerare con serietà anche maggiore le circostanze scatenanti e innovative della situazione analitica attuale, che sono molto più importanti del passato e della sua ripetizione parziale, perché solo nel presente si trovano occasioni per la trasformazione e quindi per un futuro sviluppo del paziente e della sua sofferenza. Nell'elaborazione del modello del processo psicoanalitico si mira negli ultimi decenni soprattutto alla soluzione di un problema, così descritto da M.M. Gill (1982, p. 98):

Per quanto possa essere importante il riconoscimento della distinzione fra ruolo tecnico e ruolo personale dell'analista, credo che l'attuale tendenza a dissolvere completamente questa distin-

zione sia il sintomo di un problema ancor più fondamentale: l'incapacità di riconoscere l'importanza del comportamento reale dell'analista e degli atteggiamenti realistici del paziente e del modo in cui essi debbono essere presi in considerazione in ambito tecnico.

La ricostruzione è dunque ciò che è sempre stata nella prassi: un mezzo per uno scopo. *Conditio sine qua non* di questa argomentazione è l'adattamento del transfert allo scopo del processo psicoanalitico, vale a dire il cambiamento strutturale e, logicamente, il conseguente cambiamento sintomatico del paziente. Secondo Freud (1915-17, p. 601), l'influenzamento del paziente rende dubbia l'obiettività dei nostri reperti, ma si può rimediare a tali dubbi. Freud vedeva nell'evidenza dell'efficacia terapeutica la prova della validità delle sue ipotesi teoriche. Quando si superano con successo le resistenze, il cambiamento dei sintomi diventa obbligato, empiricamente verificabile, al di là dell'evidenza soggettiva dei due partecipanti al processo psicoanalitico. L'influenza psicoanalitica viene giustificata sulla base dell'evidenza del cambiamento, che può essere spiegato teoricamente, specialmente se l'influenza stessa è stata fatta oggetto di riflessione e di interpretazione. Nel processo intersoggettivo dell'interpretazione, che verte sulle «rappresentazioni anticipatorie» (*ibid.*) cosce e inconscie del paziente, che l'analista presume su base indiziaria, non si può, per principio, prescindere dall'influenza che, intenzionalmente, fa parte di ogni intervento terapeutico. Quando l'analista, conscio della sua funzione di *nuovo oggetto-soggetto*, dà sin dall'inizio il suo contributo al transfert, emerge un sostanziale approfondimento e un ampliamento del paradigma terapeutico della psicoanalisi che è attualmente in piena evoluzione. La discussione tra Grünbaum (1982) e Edelson (1983) indica che ci sono notevoli problemi teorici da risolvere.

Per dare piena soddisfazione all'intersoggettività, alla psicologia bipersonale, nella *tecnica psicoanalitica* è necessario sganciarsi tanto dalle teorie tradizionali delle relazioni oggettuali quanto dal modello della scarica pulsionale. Tutti gli oggetti essenziali per l'uomo si formano già dall'inizio in uno spazio intersoggettivo pervaso da sensazioni di piaceri vitali (G. S. Klein, 1969) che non possono essere messi in stretta connessione con il modello della scarica pulsionale. Dopo che Greenberg e Mitchell (1983) hanno mostrato in un eccellente studio che i modelli psicoanalitici della pulsione e della relazione non sono tra loro compatibili, diventa ovviamente logico che le strade integrative vengano cercate a un nuovo livello.

Nel capitolo 4 applicheremo i punti di vista fondamentali ora discussi per presentare forme tipiche di transfert e resistenza, includendo gli aspetti specifici delle varie scuole con la speranza che siano utili alla comprensione del processo psicoanalitico (vedi oltre, cap. 9) e delle interpretazioni di transfert (8.4). Da considerazioni puramente teoriche si può dedurre che almeno il cosiddetto transfert irreprensibile (non urtante) non può essere affatto risolto, ma solo recentemente la ricerca ha anche dimostrato, stavolta empiricamente, che l'uso appropriato del transfert fin dagli inizi del trattamento è decisamente determinante per l'esito.