

Capitolo 3

Controtransfert

Controtransfert
1910

3.1 *Il controtransfert, la Cenerentola della psicoanalisi*

Il controtransfert fu interpretato da Freud (1910a, pp. 200 sg.), fin dalla sua scoperta, in rapporto dinamico con il transfert: esso « insorge nel medico per l'ingresso del paziente sui suoi sentimenti inconsci». Freud mette in rilievo che «ogni psicoanalista procede esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne». Perciò è necessario che l'analista si sottoponga a un'analisi didattica, in modo da essere liberato dalle sue «macchie cieche».

Le raccomandazioni tecnico-terapeutiche di Freud, che egli espresse con metafore efficaci (riflettere come uno «specchio», agire come un «chirurgo» impassibile), furono prese alla lettera, e ciò comportò che il controtransfert conservasse, per decine di anni, un significato negativo. La «purificazione psicoanalitica» (1912b, p. 537) premeva al fondatore della psicoanalisi non solo per il timore di un uso improprio del metodo psicoanalitico ma anche per motivi scientifici. Il fatto che anche dopo aver recuperato il controllo sull'influenza deformante del controtransfert (cioè, idealmente, dopo la sua eliminazione) persistesse ancora l'equazione personale dell'analista (1926b, p. 387) fu accettato da Freud con rammarico. Lo consolava che anche nelle osservazioni di astronomia, nel cui contesto fu coniato il termine equazione personale,¹ essa

¹ A Freud era nota l'origine del termine dall'astronomia. Il noto caso che portò alla scoperta dell'*equazione personale* riguardava gli astronomi Maskelyne e Kinnebrook. Maskelyne, direttore di un osservatorio, licenziò nel 1796 il suo assistente Kinnebrook perché questi osservava sistematicamente il passaggio delle stelle più di mezzo secondo dopo di lui. Maskelyne non riusciva a concepire che un osservatore altrettanto attento e con lo stesso metodo registrasse sempre tempi diversi. Solo ventisei anni dopo fu riconosciuta questa possibilità e risolta la discrepanza da Bessel e, finalmente, Kinnebrook fu riabilitato. «Questa equazione personale – scrivono Russell, Dugan e Stewart (1945) – continua a essere anche nell'astronomia odierna una possibilità di errore estremamente irritante perché varia secondo le condizioni fisiche dell'osservatore e secondo la natura e la luminosità dell'oggetto osservato.»

fosse ineliminabile. Ad ogni modo, Freud si aspettava dall'analisi didattica una radicale correzione dell'equazione personale che permettesse di raggiungere, un giorno, soddisfacenti concordanze tra gli analisti (*ibid.*).

Questi motivi contribuirono in maniera decisiva ai differenti destini dei concetti di transfert e controtransfert. I loro percorsi separati confluirono molto tardi nel riconoscimento «che abbiamo a che fare con un sistema di relazioni dove un fattore è funzione dell'altro» (Loch, 1965a, p. 15). Neyraut (1974) giunse alla stessa conclusione nel suo studio *Le transfert*. Kemper (1969) considera transfert e controtransfert un'«unità funzionale». In precedenza Fliess (1953) aveva addirittura ipotizzato che alcuni fenomeni di transfert fossero una reazione al controtransfert dell'analista. Tale reciprocità interattiva è messa in rilievo anche da Möller (1977).

Mentre il transfert si trasformò in breve tempo, da ostacolo principale, nella più potente risorsa del trattamento, il controtransfert conservò, per quasi quarant'anni, la sua immagine negativa. Con la sua soggettività, era in contrasto con il vecchio ideale scientifico che Freud si sentiva obbligato a onorare e che gli premeva seguire sia per convinzione sia per la buona reputazione del suo controverso metodo terapeutico. Nella storia della scienza troviamo l'*analogia dello specchio* già nel diciassettesimo secolo, nella teoria degli *idola* di Francesco Bacone, connessa anche qui alla nozione di obiettività: asportando ogni impurità dallo specchio che osserva e riflette, ed eliminando tutti gli elementi soggettivi, appare la vera natura. Ciò porta all'esigenza di eliminare il controtransfert, vale a dire le macchie cieche e le altre impurità, dallo specchio. La necessità di superare i propri conflitti nevrotici, e in particolare le manifestazioni di essi nei confronti del paziente nel controtransfert, sviluppò negli analisti un atteggiamento decisamente fobico verso i propri sentimenti.

Freud (1912b, pp. 538 sg.) si rivolge con i suoi consigli soprattutto agli psicoanalisti giovani e ambiziosi che iniziano la loro pratica terapeutica con la vera psicoanalisi e non con il trattamento suggestivo, esortandoli a non abusare della loro individualità anche se la tentazione è forte.

Si dovrebbe pensare che sia senz'altro ammesso, anzi opportuno per il superamento delle resistenze esistenti nel malato, che il medico gli offra la possibilità, facendogli delle confidenze sulla propria vita, di gettare uno sguardo sui difetti e i conflitti psichici di cui egli pure soffre ponendolo così in condizioni di parità. Una fiducia infatti vale l'altra e chi esige intimità da qualcuno deve pure dimostrargliene a sua volta.

Nel rapporto psicoanalitico però, parecchie cose si svolgono diversamente da come sarebbe lecito attendersi in base ai presupposti della psicologia della coscienza. L'esperienza non depone a favore della validità di codesta tecnica affettiva. Né è difficile riconoscere che con essa si abbandona il terreno psicoanalitico e ci si avvicina ai trattamenti suggestivi. Si potrebbe ottenere che il paziente comunichi prima e più facilmente ciò di cui è consapevole e che per resistenze convenzionali si tratterrebbe dal dire ancora per un po'. Ma questa tecnica non serve affatto alla scoperta di ciò che è inconscio per il malato, non fa che renderlo ancor più incapace di superare resistenze più

profonde e, in casi più gravi, porta regolarmente al fallimento suscitando la sua insaziabilità; il malato rovescerebbe volentieri la situazione ritenendo l'analisi del medico più interessante della propria. Anche la soluzione del rapporto di traslazione, uno dei compiti principali della cura, è resa più difficile da un atteggiamento di intimità da parte del medico, per cui l'eventuale beneficio iniziale si traduce in definitiva in un danno. Non esito insomma a respingere questa tecnica definendola scorretta. Il medico dev'essere opaco per l'analizzato e, come una lastra di specchio, mostrargli soltanto ciò che gli viene mostrato. In definitiva non c'è nulla da obiettare se uno psicoterapeuta combina un certo brano di analisi con una dose d'influsso suggestivo, per ottenere in un tempo più breve risultati visibili, come si rende necessario, per esempio, negli istituti psichiatrici; ma è lecito pretendere ch'egli non abbia alcun dubbio in merito a quel che viene facendo e sappia che il suo metodo non è quello della vera psicoanalisi.

Tutto ciò che è concesso allo psicoterapeuta ma non allo psicoanalista, e che diversifica psicoterapia e psicoanalisi, è oggi altrettanto rilevante che in passato, e le differenze possono essere chiarite nel modo più semplice in base all'uso di regole. Al controtransfert resta agganciata tutta la complessità dell'influenzamento suggestivo, un notevole problema pratico e teorico. La paura del controtransfert non implica pertanto solo una questione di predisposizione personale. Il senso di responsabilità professionale dello psicoanalista impone di evitare le situazioni sfavorevoli, di cui il controtransfert rappresentava la quintessenza. Era la Cenerentola della tecnica psicoanalitica, e solo dopo la sua trasformazione in principessa fu possibile notarne altre qualità. A dire il vero, c'era un presentimento preconscious delle sue buone qualità nascoste già molto tempo prima del loro riconoscimento ufficiale. Nessuno dette ascolto ai suoi deboli segnali; perciò sembrò che la sua metamorfosi fosse avvenuta nel corso di una notte. L'ammirazione che viene tributata ora alla principessa, il «nuovo» controtransfert, fa sospettare che molti psicoanalisti si siano subito sentiti liberati come dopo la brillante riabilitazione del narcisismo da parte di Kohut. Con quanta decisione fu evitato l'argomento lo dimostra il fatto che solo dopo trenta-quarant'anni dalla scoperta, da parte di Freud, del controtransfert (1910a, p. 200) la questione assunse una nuova prospettiva con i lavori di Balint e Balint (1939), Berman (1949), Winnicott (1949), A. Reich (1951), M. B. Cohen (1952), Gitelson (1952) e Little (1951). Soprattutto l'originale contributo di Paula Heimann (1950) fu retrospettivamente considerato come un punto di svolta; perciò discuteremo dettagliatamente quest'ultima pubblicazione.

La storia del concetto di controtransfert (Orr, 1954; Tower, 1956) dimostra che i lavori degli anni cinquanta appena menzionati avevano avuto pochi precursori. Un articolo di Helene Deutsch, non citato nella rassegna per il resto completa di Orr, spiega come sia stato possibile tenere nascosti i lati positivi del controtransfert. La Deutsch pubblicò le sue importanti considerazioni sul rapporto fra controtransfert e empatia nel 1926, in un lavoro dal titolo *Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse* (Fenomeni occulti durante la psicoanalisi); non fa quindi meraviglia che queste idee rimasero nascoste! Questa linea

di lavoro fu ripresa da Racker nel 1968. Le pubblicazioni di Ferenczi (1919), Stern (1924), Ferenczi e Rank (1924), Reich (1933) e A. Balint (1936) non ebbero influenza significativa.

Fenichel (1941) rilevò relativamente presto che la paura del controtransfert può portare l'analista a frenare ogni spontaneità umana nelle sue reazioni verso il paziente. I pazienti che in precedenza erano stati in trattamento da un altro analista manifestavano la loro sorpresa per la libertà e la naturalezza di Fenichel. Avevano creduto che l'analista fosse qualcosa di speciale e non gli fosse permesso di essere umano, mentre dovrebbe prevalere proprio l'impressione opposta; il paziente dovrebbe sempre poter contare sull'umanità del suo analista. Anche Berman (1949) sottolinea che la valutazione negativa del controtransfert porta ad atteggiamenti rigidi, antiterapeutici. L'atmosfera emotiva ottimale è da lui descritta attraverso aneddoti clinici dai quali risulta quanto grande sia l'importanza terapeutica della premura e dell'interesse caldo e genuino dell'analista nei confronti del paziente. Questo aspetto del processo analitico, adottato da molti eminenti analisti, è stato trasmesso in un primo tempo solo a livello personale e in modo non ufficiale.

Tale patrimonio di esperienza tramandato soltanto oralmente non è diventato produttivo per il fatto che sono state ritualizzate le regole freudiane. Dato che le specifiche difficoltà della pratica psicoanalitica non cambiano da una generazione all'altra, è comprensibile che nella storia della psicoanalisi l'argomento del controtransfert occupi da circa mezzo secolo un posto preminente in tutti i convegni importanti sulla tecnica organizzati dalla International Psychoanalytical Association. Regolarmente si ripetono le dispute relative ai consigli tecnici di Freud, efficacemente esemplificati dall'*analogia dello specchio*, dalla *freddezza emotiva*, dalla *neutralità*, dall'*incognito*. Tutto ciò perché ogni psicoanalista è esposto di volta in volta ai molteplici disturbi legati a una situazione complessa. Perciò sembra che raggiungano un alto valore di credibilità tutte quelle soluzioni che promettono affidabilità e facile applicazione. Per quanto sia comprensibile che precisamente i principianti si attengano rigidamente alle parole di Freud, non si dovrebbe vedere in ciò un'inevitabile coazione a ripetere che colpisce di nuovo ogni generazione di psicoanalisti che si appoggiano al significato letterale piuttosto che al significato storico dell'opera freudiana.

L'ulteriore chiarimento dei fondamenti della terapia contribuì a situare il controtransfert in una nuova luce. Il fatto stesso che vari autori seguissero lo stesso orientamento contemporaneamente e indipendentemente l'uno dall'altro indica che i tempi erano maturi per un radicale cambiamento.

Balint e Tarachow (1950) dichiararono che la tecnica psicoanalitica era entrata in una nuova fase di sviluppo. Fino ad allora l'aspetto principale era stata l'analisi del transfert, vale a dire del contributo dato dal paziente al processo terapeutico. Nella fase che si stava preannunciando, al centro d'interesse della

pratica subentrava il contributo dato dall'analista, con particolare riguardo al suo controtransfert.

I motivi seguenti ci inducono a dare il massimo risalto ai lavori di Paula Heimann (1950, 1960), in quanto esemplari di tale linea:

1. Il suo primo lavoro (1950) mette in risalto la svolta verso una concezione totale del controtransfert quale coinvolgimento di *tutti* i sentimenti dell'analista nei confronti del paziente.

2. La Heimann accentuò più di qualsiasi altro autore il valore positivo del controtransfert come essenziale mezzo diagnostico e persino come strumento di ricerca psicoanalitica; lo definì inoltre una creazione del paziente.

3. Così i sentimenti del controtransfert vennero in un certo modo spersonalizzati. Si formano certamente nell'analista, ma come *prodotti del paziente*. Più l'analista si apre al controtransfert, più esso è utile come mezzo diagnostico. L'origine del controtransfert era attribuita al paziente e spiegata inizialmente dall'autrice come identificazione proiettiva nel senso kleiniano.

4. Paula Heimann inaugurò la concezione totale del controtransfert ma dopo il 1950 prese spesso una posizione critica contro i «fraitendimenti». Gli incontri che ebbero luogo a Heidelberg e a Francoforte, nell'ambito delle ricerche iniziate da Thomä (1967) sul processo dell'interpretazione, stimolarono l'autrice a un ulteriore chiarimento della sua posizione che portò ai suoi lavori sul processo cognitivo dell'analista (1969, 1977a). Alla fine l'autrice stessa prese tale distanza dalla sua tesi che considerava il controtransfert come una creazione del paziente, da stupirsi (comunicazione personale a B. e H. Thomä, 3 agosto 1980) di avere mai fatto tale asserzione. Ma ormai questa idea seguiva già da tempo un suo corso indipendente.

Crediamo corretto accennare a questi ricordi personali perché la maggior parte degli analisti percorre un processo di apprendimento carico di conflitti, che sembra sempre più difficile con il crescente prolungarsi delle analisi didattiche. L'opera di Paula Heimann è un esempio tipico. Solo in una delle sue ultime pubblicazioni (1978) l'autrice sostenne l'uso terapeutico del controtransfert senza appoggiarsi al concetto di identificazione proiettiva e indipendentemente dalle teorie di Melanie Klein.

Per liberare questa Cenerentola dalle caratteristiche negative che le furono assegnate da Freud fin dagli inizi, era necessaria una speciale arte maieutica. I cambiamenti concettuali provocano tra gli analisti profondi conflitti tanto professionali che personali, i quali possono essere mitigati rendendo plausibile un riferimento interpretativo a Freud. Paula Heimann aveva buoni motivi per trattare il controtransfert con i guanti di velluto. Oggi sappiamo da King (1983) che tanto Hoffer che Melanie Klein l'avevano sconsigliata con insistenza di presentare il suo lavoro *Counter-Transference* (1950) al Congresso internazionale di Zurigo nel 1949. È comprensibile quindi che usasse il solito stratagemma! Infatti, in casi del genere, si tende a dire che anche Freud ha visto

la cosa in maniera simile o che almeno nella sua attività professionale ha operato da sempre secondo questo punto di vista, ma che è stato poi frainteso. La Heimann, appunto, con grande diplomazia, richiamò l'attenzione sui «frain-tendimenti» provocati dall'opinione che Freud aveva del controtransfert e dalle sue analogie dello specchio e del chirurgo. Nerenz (1983) è andato anche oltre, asserendo che Freud è stato frainteso a causa di una «leggenda» per cui la sua comprensione radicale del controtransfert è stata deviata verso la concezione negativa, accettata universalmente.

A dire il vero Ferenczi, già nel 1919, aveva parlato della *resistenza* dell'analista al controtransfert. Egli descrisse tre fasi del controtransfert. Nella prima fase l'analista raggiunge uno stato di *controllo* su tutto ciò che potrebbe portare a complicazioni: il suo modo di fare, di parlare e persino di sentire. Si imbatte poi, nella seconda fase, nella «resistenza al controtransfert» e corre il pericolo di diventare troppo rigido e scostante e di ritardare in tal modo, o perfino impedire, la formazione del transfert. Superato questo stadio, si arriva alla terza fase: il superamento del controtransfert (Ferenczi, 1919b, p. 36). Nello stesso lavoro troviamo un'accurata descrizione dell'atteggiamento ottimale dell'analista, consistente nella «continua oscillazione tra il libero gioco della fantasia e la verifica critica» (p. 37).

Il lettore sarà sorpreso di trovare proprio in Ferenczi la frase seguente, frutto di un'apprezzabile intuizione: «Dall'altro lato, il medico deve verificare sotto il profilo logico il materiale prodotto sia da parte sua che da parte del paziente e nei suoi atti e comunicazioni deve lasciarsi guidare esclusivamente dai risultati di questo lavoro mentale» (*ibid.*).

Col senno di poi, si può capire, oggi, perché la descrizione di Ferenczi della terza fase, quella del superamento del controtransfert, non ridimensionò l'eccessiva paura che esso provocava e che l'autore descrisse come atteggiamento sbagliato. Forse l'abilità che all'inizio l'analista deve apprendere per controllare i propri sentimenti e l'esagerato uso di tale abilità come resistenza verso il controtransfert non possono essere corretti dalla semplice constatazione che si tratta di un atteggiamento sbagliato. Se un rigido controllo emotivo rappresenta la prima esperienza di apprendimento, non c'è da stupirsi che ne derivi alla fine un'«ansia eccessiva» che poi si mantiene anche quando si vorrebbe eliminarla. In ogni caso, la descrizione del controtransfert di Ferenczi ha avuto ben poca influenza positiva sulla sua utilizzazione. Gli psicoanalisti seguirono i consigli tecnici di Freud in modo eccessivamente pedissequo.

3.2 *Il controtransfert vestito di nuovo*

La trasformazione di Cenerentola in una splendida principessa non potrebbe essere descritta in modo più perfetto che dalla seguente frase di Paula Heimann (1950, p. 85), con le sue profonde implicazioni e conseguenze: «Il con-

trotransfert non costituisce solo una parte della relazione analitica, ma è una creazione del paziente, è una parte della sua personalità.» Fino ad allora il controtransfert era considerato una reazione nevrotica più o meno grave dell'analista alla nevrosi di transfert del paziente, ora invece diventa parte essenziale della relazione psicoanalitica e diventerà in seguito controtransfert «totale» (Kernberg, 1965). Paula Heimann intende per controtransfert tutti i sentimenti che l'analista prova verso il suo paziente. L'autrice sostiene la tesi seguente (1950, p. 82):

La risposta emotiva dell'analista nei confronti del paziente, nella situazione analitica, rappresenta uno dei più importanti strumenti del suo lavoro. Il controtransfert è uno strumento di ricerca nell'inconscio del paziente (...) Non è stato sufficientemente sottolineato che si tratta di una relazione fra due persone. Ciò che distingue questa relazione dalle altre non è la presenza di sentimenti in un partner, il paziente, e l'assenza nell'altro, l'analista, ma, soprattutto, l'intensità dei sentimenti provati e l'uso che se ne fa, giacché questi fattori sono interdipendenti.

È indispensabile che l'analista, a differenza del paziente, non abreagisca i sentimenti che si generano in lui; essi sono subordinati al lavoro analitico, in cui egli ha la funzione di specchio per il paziente.

Vorrei rilevare che accanto a questa attenzione fluttuante, all'analista occorre pure un'acuta sensibilità emotiva in modo da poter seguire i movimenti affettivi e le fantasie inconscie del paziente. La nostra ipotesi fondamentale è che l'inconscio dell'analista comprende quello del paziente. Questo rapporto profondo affiora nei sentimenti che l'analista avverte in risposta al paziente, cioè nel suo «controtransfert». Questo è il modo più dinamico in cui gli giunge la voce del suo paziente. L'analista che paragona i suoi sentimenti con le associazioni e la condotta del paziente possiede uno strumento assai prezioso per verificare se è riuscito a capire il paziente. (*Ibid.*, p. 83)

Poiché la stessa Heimann restrinse in seguito in maniera considerevole questa sua concezione del controtransfert e desiderò che ne venisse esaminato l'ambito di applicabilità con criteri di validazione, possiamo lasciare questo argomento in sospeso. Nella psicoanalisi le teorie non servono soltanto a risolvere i problemi di sostanza, ma sono inserite in una genealogia, in una tradizione familiare. È molto probabile che la Heimann con la nuova teoria del controtransfert tentasse di mettere d'accordo Reik con Melanie Klein i quali, come suoi maestri, l'hanno senz'altro stimolata. Tramite il suo controtransfert l'analista sente con il «terzo orecchio» di Reik (1949), e la «creazione del paziente» lo raggiunge presumibilmente mediante i meccanismi descritti da Melanie Klein.

Nella teoria di Melanie Klein e della sua scuola, la capacità empatica dell'analista dipende dal fatto che egli può percepire in sé stesso i processi di identificazione proiettiva e introiettiva su cui è basata la psicopatologia, e che si svolgono inconsciamente nel paziente. Per questo vengono date le seguenti spiegazioni.

La posizione schizoparanoide e quella depressiva sono viste come disposizioni necessarie dell'essere umano in generale e, in condizioni particolari, an-

che come posizioni di una specifica psicopatologia. I passaggi dal «normale» al «patologico» sono gradualmente e sfumati. A causa della presunta polarità congenita delle pulsioni e dell'importanza secondaria dell'esperienza, tutti sono soggetti allo sviluppo di entrambe le posizioni (come «nucleo psicotico» inconscio) e ai loro effetti sulle identificazioni proiettive e introiettive.

Il punto di fissazione della psicosi giace nella posizione schizoparanoide e all'inizio della posizione depressiva (...). Se la posizione depressiva è stata raggiunta e almeno in parte elaborata, le difficoltà incontrate nello sviluppo successivo dell'individuo non sono di natura psicotica, ma nevrotica. (Segal, 1964, p. 96)

Poiché la posizione depressiva viene mantenuta inconsciamente, la nevrosi diventa inevitabilmente un fenomeno universale. Data l'universale presenza di queste posizioni, il processo psicoanalitico decorre in modo conforme al prevalere dell'una o dell'altra, in quanto l'analista si comporta da *specchio limpido* e promuove lo sviluppo della nevrosi di transfert nel senso dello spiegamento dell'identificazione proiettiva e introiettiva. Questi due processi determinano la qualità della relazione oggettiva in entrambi, paziente e analista, rispetto sia agli oggetti interni che a quelli esterni.

La capacità empatica dell'analista è chiarita, formalmente e sostanzialmente, da entrambi gli aspetti dell'identificazione (Segal, *op. cit.*). La rappresentazione metaforica dell'empatia come «radio ricevente» è equiparata al controtransfert (Rosenfeld, 1955). Mediante l'autopercezione l'analista è in grado di riportare un determinato sentimento a una proiezione del paziente. Bion (1955) conclude un esempio clinico con le seguenti parole: «Si noterà che questa [interpretazione] dipende dall'uso della teoria di Melanie Klein dell'identificazione proiettiva, prima per illuminare il mio controtransfert, e poi per formulare l'interpretazione che do al paziente.» Money-Kyrle (1956, p. 493) ha descritto lo svolgimento normale, fluido, di transfert e controtransfert come un'oscillazione piuttosto rapida fra introiezione e proiezione:

Mentre il paziente parla, l'analista, per così dire, si identifica introiettivamente con lui e, avendolo compreso interiormente, lo riproietta e dà la sua interpretazione. Ma, penso, ciò di cui l'analista è maggiormente consapevole è la fase proiettiva, cioè la fase in cui il paziente è rappresentativo di una precedente parte immatura o malata dell'analista stesso inclusi i suoi oggetti danneggiati, che ora egli è in grado di capire e quindi di curare con l'interpretazione nel mondo esterno.

Grinberg (1979) definisce le risposte inconscie dell'analista alle proiezioni del paziente *controidentificazione proiettiva*. Con questo concetto, egli pone la risposta inconscia dell'analista, per così dire, fuori dall'ambito del controtransfert, volendo sottolineare che l'analista «è mosso» dall'esterno dal paziente.²

² In un lavoro successivo (1982) Grinberg riconosce il carattere monadico della sua precedente concezione e tenta di integrarla nell'ambito di una concezione interattiva, dove l'analista non è più un ricevitore passivo delle proiezioni del paziente. È difficile, tuttavia, in questa nuova prospettiva, distinguere il concetto di controidentificazione proiettiva da quanto sostenuto da Paula Heimann e da Racker.

Il legame di forma e contenuto dell'empatia con i processi di identificazione proiettiva e introiettiva rende pienamente capaci di capire soltanto quegli analisti che hanno elaborato la posizione schizoparanoide e quella depressiva sia sul piano personale che su quello psicoanalitico. Per la costituzione dell'oggetto sia nella forma che nel contenuto, la teoria kleiniana delle relazioni oggettuali attribuisce un'importanza molto inferiore alle persone reali dell'ambiente circostante rispetto alle fantasie inconscie, intese come derivati pulsionali (Guntrip, 1961, 1968, 1971). In funzione di ciò l'analista adempie al suo compito nel migliore dei modi se si comporta da specchio impersonale o da interprete neutrale (Segal, 1964). Lo psicoanalista kleiniano lega la sua tecnica puramente interpretativa con la massima neutralità possibile. Nei termini della metafora, lo «specchio» non presenta più le «macchie cieche» nella misura in cui l'analista ha raggiunto la più profonda consapevolezza delle proprie identificazioni proiettive e introiettive. La scuola kleiniana può legittimamente continuare a sostenere, coerentemente con la sua stessa teoria, di poter applicare la tecnica psicoanalitica pura anche con quei pazienti per i quali altri psicoanalisti reputano necessarie modifiche e variazioni.

Dal punto di vista scientifico è avvilente constatare come i vincoli «familiari» nell'ambito della psicoanalisi portino allo sviluppo di nuove concezioni, prescindendo del tutto dalle critiche seriamente fondate. Così, ad esempio, la Heimann ha trascurato la critica di Grotjahn (1950) delle idee di Reik e, altrettanto, quella di Bibring (1947) e Glover (1945) della teoria kleiniana. Non-dimeno non sarà mai apprezzato abbastanza l'effetto liberatorio che ebbe la decisione con la quale l'autrice sostenne che il controtransfert era una creazione del paziente. Dieci anni più tardi la Heimann dovette chiarire alcuni malintesi che, tra l'altro, consistevano nel fatto che «alcuni» allievi in training facevano interpretazioni secondo il «sentimento», appellandosi al suo articolo. Quando la Heimann espresse la sua critica, gli allievi sostennero di star seguendo la sua nuova concettualizzazione del controtransfert e non sembrarono disposti a controllare le interpretazioni in base agli avvenimenti reali della situazione analitica (Heimann, 1960). L'autrice aveva invero raggiunto il suo obiettivo principale, vale a dire «bandire lo spettro dell'analista insensibile e inumano e mostrare l'applicabilità del controtransfert» (*ibid.*, p. 10). Questo spettro tuttavia riappare a ogni nuova generazione di psicoanalisti ed è quindi necessario ripeterne il bando. Senza dubbio oggi è più facile perché eminenti analisti costituiscono un valido esempio di riferimento. Restano ad ogni modo ulteriori quesiti da risolvere, che non sono stati posti nella teoria freudiana del controtransfert perché sembravano estranei rispetto a essa, dato che Freud raccomandava l'eliminazione del controtransfert.

3.3 *Conseguenze e problemi*

La strada dell'integrazione del controtransfert sembra lastricata di malintesi che non sorgono soltanto fra gli allievi in training e non si riferiscono solo all'omissione, criticata dalla Heimann, di verificare nella situazione analitica le interpretazioni basate sul controtransfert. Con la nuova concezione del controtransfert sono stati toccati i problemi basilari della tecnica psicoanalitica che hanno portato, di conseguenza, a vari tentativi di soluzione. Si tratta niente di meno che del processo cognitivo dell'analista stesso, vale a dire del nesso tra origine e fondatezza del suo operare terapeutico e in particolare delle sue interpretazioni. Se ci richiamiamo infatti alle interpretazioni date secondo i sentimenti (come è stato riferito sopra), senza preoccuparci della loro verifica nella situazione analitica e della loro giustificazione rispetto agli avvenimenti reali, risulta implicito che fondatezza e validità sono per ciò stesso intrinsecamente date fin dall'inizio. Se consideriamo il controtransfert come funzione percettiva essenziale, sussiste il pericolo di attribuirgli un affidabile potere di giudizio.

Il concetto di controtransfert, secondo la trasformazione operata da Paula Heimann, sembra essere entrato in stretto rapporto con l'«attenzione uniformemente fluttuante» (vedi oltre, 7.3). Ma come arriviamo dall'ascolto non intenzionale a un sapere affidabile sull'altro in modo che le nostre sensazioni fisiche, i nostri sentimenti, le nostre fantasie e riflessioni razionali corrispondano ai processi inconsci del *paziente*, o per reciprocità o perché complementari a essi? Il fatto che la Heimann elevasse il controtransfert al rango di strumento di ricerca appoggiò l'idea ingenua che, chiarendo l'*origine* delle fantasie dell'analista, sarebbero già assicurate conclusioni affidabili e valide riguardo i processi inconsci del paziente. Ma come può accadere che il «controtransfert» di Paula Heimann e «l'empatia» di Kohut, strumenti strettamente correlati tra loro, che non possono rinnegare la loro provenienza dal «terzo orecchio» di Reik, pervengano ad asserzioni completamente diverse sull'inconscio del paziente? Ci occuperemo nel capitolo 10 del nesso tra origine e fondamento delle interpretazioni, un argomento piuttosto trascurato nella psicoanalisi. Reiss (1983) ha pubblicato un attento studio sui problemi che devono essere risolti per tentare di capire l'origine interattiva dell'empatia.

È lunga la strada da percorrere dall'affermazione che il controtransfert è l'alfa e l'omega della relazione analitica, è creazione del paziente, fino ad arrivare a motivare e provare tali asserzioni. La tesi della Heimann, che senz'altro va oltre la messa al bando del fantasma e oltre la riabilitazione del controtransfert (inclusa la sua ipotesi esplicativa basata sull'identificazione proiettiva), è stata invece trattata come se fosse già ben fondata, specialmente rispetto ai pensieri e fantasie molto specifici che nascono nell'analista in ciascun caso particolare. Alla fine di questo capitolo (vedi oltre, 3.5) riassumeremo le nostre ricerche personali sull'*origine* delle fantasie dell'analista e sul loro *fondamento* ai fini

della loro trasformazione in interpretazioni, inclusi i controlli nella situazione analitica richiesti dalla Heimann. Se si usa il controtransfert come strumento percettivo bisogna, tra l'altro, risolvere il problema che la Heimann ha chiamato *controllo* nella situazione terapeutica. Questo controllo, nel senso di verifica, è da esigere con tanta più urgenza in quanto è facile per l'analista cadere «nella tentazione di proiettare nella scienza, sotto forma di teoria universalmente valida, quanto egli, in un'opaca autopercezione, riconosce delle peculiarità della propria persona» (Freud, 1912b, p. 538) e, nel caso concreto, di attribuire tali peculiarità al paziente anziché a sé stesso. Proprio perché in psicoanalisi si tenta di fare pieno uso della soggettività, come Loch (1965a) ha giustamente sottolineato, e lo si fa spesso di proposito per mettere in discussione intersoggettiva una teoria personale, è essenziale per gli analisti essere ben consapevoli della propria soggettività. Ciò richiede che *il controtransfert sia ben distinto dalla teoria personale dell'analista*: la discussione relativa può chiarire quali assunti teorici influenzano attualmente il trattamento.

La concezione totale del controtransfert sembra avere, in particolare, le seguenti conseguenze teoriche e pratiche. Ferma restando la richiesta ancora valida di annullare le macchie cieche del controtransfert nel senso freudiano, la concezione totale ristabilisce la connessione con il modello freudiano del «ricevitore» della percezione psicoanalitica (vedi oltre, 7.3). La concezione totale si allaccia alla tradizione che era stata alimentata specialmente da Reik. Un aspetto secondario di questa tradizione è l'idea a essa connaturata che la percezione empatica da inconscio a inconscio non necessiti di ulteriori dimostrazioni, ed è così asserita intrinsecamente una particolare concezione psicoanalitica della verità. È da notare che questa tradizione è coltivata in psicoanalisi da tutte le scuole. Il tentativo degli psicoanalisti della scuola kleiniana di ridurre le fantasie dell'analista relative al paziente a pochi meccanismi tipici, spiegando così anche la sua empatia, può essere visto come un'altra conseguenza della concezione totale del controtransfert.

In realtà l'uso del concetto di controtransfert nella scuola kleiniana ha una storia piuttosto curiosa. Considerando che il lavoro di Paula Heimann del 1950 non contiene alcun riferimento diretto all'opera di Melanie Klein, la Grosskurth (1986, p. 441) scrive che esso

è stato poi incluso come parte essenziale nel corpus kleiniano; ma ben pochi analisti sanno che su di esso era nato un serio dissidio tra le due donne. La Klein insisteva che la controtraslazione è qualcosa che interferisce con l'analisi (...) [del concetto] generalmente è alla Klein che se ne dà il merito. Occorre tener presente che la Klein era rimasta profondamente impressionata dai commenti che Freud aveva espresso sui pericoli della controtraslazione.

Allo stesso modo pensa Elizabeth Bott-Spillius (1983, p. 326; corsivo nostro), la quale aggiunge che «evidentemente [la Klein] voleva vedere la definizione di controtransfert come il *transfert non analizzato dell'analista verso il pa-*

ziente e aggiungere il concetto di *empatia* come la percezione e la comprensione delle proiezioni del paziente da parte dell'analista». Il controtransfert per Melanie Klein era quindi, come la nevrosi, oggetto di analisi. Tuttavia, come di solito accade nelle scuole psicoanalitiche, gli allievi della Klein tirarono in ballo le conseguenze della sua teoria dell'identificazione proiettiva e l'applicarono ai processi di comprensione empatica, fino al punto che nei lavori kleiniani si tende in genere a parlare meno di controtransfert che di transfert di «parti» della personalità del paziente che, per identificazione proiettiva, si «mettono» nella mente dell'analista. Così Bion (1959) e Rosenfeld (1970) arrivano a parlare di un tipo di *identificazione proiettiva normale*, al servizio della comunicazione del paziente con l'analista. Se si esamina l'opera di Bion si trova che il controtransfert come tale viene menzionato rare volte e sempre come portatore di una connotazione negativa, mentre si riserva il campo della comunicazione con il paziente, per mezzo dei meccanismi descritti, a un altro terreno dell'esperienza interna dell'analista, la funzione di «contenitore».

Questo concetto è una nuova versione del modello della «radio ricevente» di Freud; secondo questa versione l'analista tende a essere un «contenitore» vuoto nel cui interno il paziente deposita parti di sé (Bion, 1962). La capacità dell'analista di entrare in contatto con queste proiezioni e renderle coscienti è equiparata da Bion (1967, p. 178; corsivo nostro) all'«organo recettore di questa massa di dati sensoriali sul Sé raccolti dal neonato per mezzo del suo conscio (...) costituito dalla facoltà di *rêverie* della madre». Se si assume che la vera psicoanalisi non è altro che il «lavoro dettagliato sul transfert» (Bott-Spillius, 1983, p. 324) e se si intende il transfert nel senso già descritto, allora la psicoanalisi non sarà altro che *analisi del, o dal controtransfert*, stavolta inteso come l'esperienza immediata dell'analista col suo paziente. Solo grazie a questa esperienza l'analista manterrà il contatto emotivo, potendo comprendere e interpretare il comportamento verbale e non verbale del suo paziente (cioè, secondo la sua capacità di *rêverie*).

Ciò che è veramente rilevante nell'esperienza dell'analista col suo paziente è dunque *solo* ciò che proviene da quest'ultimo. Siamo quindi sul terreno della concezione totale del controtransfert.

Secondo la nostra opinione, se ammettiamo che i pazienti proiettano parti di sé nell'analista, dobbiamo anche tenere in conto, con Freud (1921b, pp. 370 sg.; corsivo nostro) che «certamente è così; ma *non proiettano per così dire nel vuoto*, dove non si trova nulla di somigliante; invero essi si lasciano guidare dalla loro conoscenza dell'inconscio e spostano sull'inconscio delle altre persone l'attenzione che hanno stornato dal proprio». Nello stesso lavoro, poco prima e riferendosi a un caso di gelosia, egli afferma che

l'attacco prendeva spunto e materia dall'osservazione di indizi minutissimi che gli rivelavano la presenza, nella moglie, di una civetteria del tutto inconscia e che nessun'altra persona avrebbe

potuto notare. Ella aveva sfiorato involontariamente con la mano il signore seduto vicino a lei, oppure si era voltata troppo verso costui, o ancora aveva sorriso più affabilmente in sua presenza che se fosse stata sola col marito. Per tutte queste manifestazioni dell'inconscio della moglie questo giovane si dimostrava straordinariamente attento e sapeva sempre interpretarle esattamente, per modo che invero aveva sempre ragione.

Ci sembra che Freud non abbia tratto le conseguenze teoriche e tecniche di queste penetranti osservazioni, così che esse rimasero ristrette, per così dire, al modo particolare di proiettare, patologico, del paranoide. Crediamo tuttavia che egli alluda a una verità molto più profonda e generale, cioè che *la proiezione non si fa mai nel vuoto*. Le conseguenze di questa affermazione sono molte, ma per il tema che ci interessa basta dire che *se il paziente proietta nell'analista parti di sé, proietterà quelle parti che hanno qualcosa a che vedere con la realtà dell'analista in interazione nel «qui e ora» con questo paziente in particolare*. Ne deriva quindi che l'esperienza immediata dell'analista col suo paziente include aspetti reali di sé stesso che non provengono dal paziente. Su questa linea, Hoffmann (1983) è andato molto più in là, fino a parlare del «paziente come interprete dell'esperienza dell'analista», e ciò equivale a portare il modello dell'interazione alle sue estreme conseguenze logiche, vale a dire fino all'inversione del paradigma kleiniano, per cui ora le associazioni del paziente non daranno soltanto ragione degli aspetti del transfert proiettati nell'analista, ma anche delle connessioni plausibili tra le fantasie di transfert e le componenti «reali» dell'esperienza di controtransfert dell'analista (vedi anche M. M. Gill, 1982).

Paula Heimann pensava che nel controtransfert venisse espresso parzialmente l'inconscio del paziente. Questo punto di vista era, per lei, legato alla concezione bipersonale della relazione analitica. L'idea che le proprie sensazioni possano corrispondere a quelle dell'altro, della persona che le ha provocate, fu subito portata nel campo della psicoanalisi applicata, dove crebbe a dismisura perché nella psicoanalisi applicata è molto difficile la verifica richiesta dalla Heimann. Oggigiorno c'è una particolare consuetudine a considerare le fantasie dei partecipanti ai seminari di tecnica come rispecchiamenti dell'inconscio del paziente. Quanto più ricchi di immaginazione sono i partecipanti alla discussione, e quanto più convincente è il filo conduttore di una fantasia comune rilevato dal coordinatore dei vari punti di vista, tanto più produttivi sono tali seminari. Fanno acquistare ai partecipanti familiarità con le fantasie e i desideri inconsci che stanno dietro i fenomeni manifesti. Pertanto, abbandonarsi insieme a fantasie su un paziente ha una funzione didattica di primaria importanza che, in qualche modo, torna a favore anche del trattamento. Questo «in qualche modo» rappresenta lo zampino del diavolo poiché solo molto raramente vengono proposte tesi verificabili, e non si ritorna, di solito, sullo stesso caso per discutere fino in fondo gli ulteriori sviluppi. Probabilmente sarebbe davvero impossibile una verifica clinica più esatta poiché possono essere immaginate infinite variazioni su ogni argomento.

Siamo quindi di fronte a una situazione paradossale. Da una parte, è molto istruttivo se nei seminari di discussione di casi si specula e si fantastica liberamente, dall'altra si è spesso immensamente distanti dai problemi del paziente assente e dalle sue motivazioni inconscie. Su questo problema i punti di vista divergono. Il fantasticare insieme può essere occasione di puro divertimento solo fino a quando non ci si chiede in che rapporto stanno le associazioni dei partecipanti al seminario con i pensieri inconsci del paziente assente. Abbiamo sottolineato l'assenza del paziente per far ricordare che i partecipanti al seminario hanno sue notizie solo di seconda mano e sanno di lui solo quanto è stato riportato dall'analista che lo tratta; essi guardano attraverso un telescopio il cui sistema di lenti ha prodotto molteplici rifrazioni delle caratteristiche dell'oggetto osservato. La nostra analogia rende chiaro che è impossibile tracciare il percorso del raggio di luce senza l'esatta conoscenza del singolo sistema. Per poter conoscere nel modo più esatto possibile almeno il punto di vista dell'analista curante è stato introdotto, negli anni sessanta, nella Clinica psicosomatica dell'Università di Heidelberg, l'uso di protocolli delle sedute psicoanalitiche, che permettevano la documentazione dello scambio verbale tra analista e paziente (Thomä, 1967; Thomä e Houben, 1967). Anche Klüwer (1983) basa le sue ricerche sul rapporto fra transfert e controtransfert in seminari di discussione su protocolli dettagliati di ogni seduta. Temi di particolare difficoltà vivacizzano di volta in volta l'atmosfera e sollecitano il giudizio dei partecipanti. Le sedute dominate dalla depressione stimolano reazioni diverse da quelle in cui il paziente fa partecipare l'analista ai suoi progressi e cerca la sua approvazione. Perciò si può paragonare il gruppo di un seminario a una cassa di risonanza. Ma fino a che punto è valida questa analogia? Klüwer afferma che, nella cassa di risonanza costituita dal gruppo seminariale, «i fenomeni di transfert e controtransfert continuano a manifestarsi, promossi dai protocolli e dai commenti direttamente espressi nelle riunioni, e perlopiù sono captati dal gruppo più rapidamente di quanto sia possibile all'analista che tratta il paziente» (*ibid.*, p. 134). Questa asserzione poggia su un'ipotesi che dovrebbe essere provata essa stessa per prima; si tratta dunque di una petizione di principio. Klüwer inoltre stabilisce che «per principio tutti i fenomeni in atto devono essere interpretati ovviamente come provenienti dal *paziente* e non dall'analista» (*ibid.*). Questo procedimento assicura certamente l'«armonia» della «cassa di risonanza» costituita dal seminario, e allevia la responsabilità del terapeuta relatore, che apparentemente non parla a proprio vantaggio. Si ascolta la voce del paziente che risuona attraverso quella dell'analista.

Illustriamo lo schema con un esempio fittizio. L'osservazione critica di un partecipante al seminario verrà ricondotta, ad esempio, sul paziente che ha «messo» per primo la propria aggressività nell'analista. Attraverso l'inavvertito controtransfert dell'analista, l'aggressività del paziente raggiunge il seminario, dove può essere finalmente captata, amplificata dalla cassa di risonanza. La nostra

rappresentazione schematica rende abbastanza evidente che solo una capacità percettiva quasi telepatica della cassa di risonanza sarebbe in grado di saltare oltre le numerose trasformazioni, non chiarite, e giungere retroattivamente fino all'origine dei fenomeni di transfert e controtransfert. E ciò è proprio una caratteristica intrinseca che viene attribuita alla cassa di risonanza! Ogni strumento dell'orchestra polifonica ha una propria risonanza. Ogni partecipante al seminario amplifica a suo modo la nota del paziente. Accade poi che una risonanza abbia a che fare con il paziente più di altre, e ci sono sempre anche quelle che sono così lontane da lui che praticamente non hanno più nulla in comune. Dunque, non tutto ha a che fare con il paziente. Ma chi del gruppo ne è conscio? Né il direttore d'orchestra, né il primo violino o altri emeriti solisti possono assicurare che la risonanza risulti in qualche modo armonizzata. Si svolgono, inoltre, processi dinamici specifici del gruppo che sono molto distanti dalla realtà del paziente. Non di rado la teoria dell'identificazione proiettiva viene utilizzata per dare alle idee prodotte dalla risonanza un appannaggio di validità scientifica, laddove di fatto occorrerebbero solo poteri telepatici per superare le numerose lacune della conoscenza. Queste osservazioni critiche riducono notevolmente il valore didattico dei seminari di questo stile, che promuovono fiducia nell'autorità piuttosto che nel pensiero scientifico. Su questa stessa linea, l'abuso inosservato della teoria dell'identificazione proiettiva nella formazione psicoanalitica in generale stimola tra i candidati, per la tendenza a confondere le differenze tra la situazione strettamente analitica e quella pedagogica, un'atmosfera di regressione e persecuzione che disturba ancor più il già difficile e pesante processo di acquisizione di un'identità analitica matura (Bruzzone, Casaula e altri, 1985).

L'idea del seminario come cassa di risonanza si è diffusa soprattutto in Germania attraverso i gruppi Balint. A dire il vero lo stesso Balint, quale conduttore di seminari su casi clinici, per motivi didattici metteva in relazione con il paziente anche le idee dei membri del gruppo, ma come direttore d'orchestra interveniva sulla risonanza in maniera non intrusiva, e accoglieva solo ciò che gli sembrava praticabile. La mistica del controtransfert non gli era congeniale. Questa ha prosperato soprattutto in Germania, ma è estranea tanto alla pragmatica «scuola inglese» che ai «teorici britannici delle relazioni oggettuali» (Sutherland, 1980). Anche l'uso che M'Uzan (1977, pp. 164 sg.) fa del controtransfert è strettamente legato alla situazione analitica e a quanto il paziente è in grado di legare le interpretazioni dell'analista con il proprio vissuto. L'intensificazione della sensibilità dell'analista verso i processi inconsci del suo paziente rende talvolta possibile, secondo M'Uzan, il seguente processo: in uno stato di alterazione della coscienza, paragonabile a una lieve spersonalizzazione ma paradossalmente accompagnato da aumento dell'attenzione e senza un rapporto razionalmente riconoscibile con il materiale elaborato fino a quel momento, l'analista, attraverso parole e immagini, percepisce pensieri

del paziente che non sono stati mai consci o che sono stati rimossi. Dopo un'interpretazione ben riuscita, questi contenuti sono completati in parte nella stessa seduta e in parte successivamente, mediante associazioni e sogni del paziente, e in tal modo confermati.

L'analista, naturalmente, deve distinguere tutto ciò che il paziente stimola in lui dai propri conflitti inconsci. Come indizio che i contenuti sono stati provocati dal paziente può servire, secondo M'Uzan, che l'analista, nella propria introspezione successiva, registri fenomeni quotidiani non abituali come, per esempio, un'aumentata dedizione verso il paziente in analisi, associata a un disturbo del proprio senso di identità. Descrizioni esatte di questo decorso, in cui le associazioni del paziente confermino o smentiscano il controtransfert, potrebbero contribuire alla demistificazione del concetto. Questa attività psichica, che non è propria né della veglia, né del sonno, né del sogno, è definita da M'Uzan «pensiero paradossale» (*pensée paradoxale*). Succede in un momento in cui lo stato psichico dell'analista è divenuto ampiamente simile a quello del paziente. Si ritiene che tale pensiero paradossale abbia origine, a causa del linguaggio in parte incomprensibile e frammentario del paziente, in una zona intermedia tra inconscio e preconsciouso.

La concezione totale del controtransfert divenne infine così esaustiva da includere tutto, identificandosi con tutta la realtà psichica dell'analista. Perciò McLaughlin (1981) ha proposto di abbandonare il concetto, che si era così ampiamente inflazionato da confondersi con la «realtà psichica». Tuttavia è proprio difficile, se non impossibile, eliminare l'abitudine al linguaggio adottato, il cui significato è ovvio per ogni analista, come se equivalesse ad abolire i fenomeni a cui esso si riferisce. Perciò la proposta di McLaughlin non troverà alcuna risonanza, anche se dovrebbe essere considerata seriamente a un livello più profondo. In psicoanalisi i concetti non vengono solo amplificati, ma anche rivalutati o svalutati. Essi ottengono significati vari e discordi e questo porta, inevitabilmente, a confusioni. Paula Heimann, ad esempio, dovette aggiungere in seguito che ci sono anche macchie cieche del tutto abituali, che non sono condizionate dal paziente e che, secondo la nuova terminologia, non andrebbero definite controtransfert. La Heimann definì «transfert dell'analista» questi controtransfert abituali. Dopo la ridefinizione del controtransfert non fu chiarito quali dei molti pensieri e fantasie che costituiscono l'attenzione uniformemente fluttuante dell'analista sono immessi o, come si dice in gergo, evacuati dal paziente nell'analista.

La Heimann non ha solo esorcizzato un fantasma, e neppure solo ampliato o rivalutato un concetto, ma ha creato una nuova teoria specifica, basata in un primo tempo sui meccanismi kleiniani dell'identificazione proiettiva e introiettiva. Comunque, non è stato considerato, generalmente, il fatto che questa teoria non aveva ancora superato la prova di validità scientifica. Che il controtransfert sia creazione del paziente venne presentato come un dato di fatto.

Quindi la Heimann non è stata affatto fraintesa dagli psicoanalisti in formazione, fiduciosi nelle sue teorie. Fu dieci anni dopo, quando si richiese il riscontro nella pratica clinica, che questa affermazione venne retrocessa al rango di ipotesi. Durante questo intervallo di tempo la Heimann prese una distanza critica dalle teorie di Melanie Klein e trasformò perciò anche la propria concezione del controtransfert, dato che la sua fede nella forza esplicativa dell'identificazione proiettiva aveva incominciato a vacillare. Ad esempio (Heimann, 1956, p. 304) continuò ancora a lungo a credere alla pulsione di morte, dalla quale faceva derivare il diniego e altri meccanismi di difesa. Coloro che ritengono valida la teoria dell'identificazione proiettiva continuano a sostenere che tutte le risposte del controtransfert sono determinate dal paziente. D'accordo con Sandler (1976), bisogna opporsi decisamente a tali affermazioni, perché fanno apparire superflui ulteriori chiarimenti e presentano un'ipotesi come una verità sacrosanta.

Speriamo di aver reso evidente perché lo sforzo per avere definizioni migliori non è sufficiente a risolvere la confusione, e perché non è produttivo suggerire di togliere un concetto dalla circolazione. I concetti come tali hanno infatti un'importanza relativa; essenzialmente svolgono una funzione all'interno di una data teoria o di una data scuola di pensiero. Shane (1980) ha mostrato che la pedante accettazione di regole di comportamento da parte degli analisti in formazione e in supervisione può portare a controtransfert specificamente scuola-dipendenti. Le definizioni del controtransfert di Freud e della Heimann erano funzionali ai diversi modi di teorizzare l'interazione terapeutica e i processi analitici da essa dipendenti. Tutto sembra indicare che l'evitamento fobico dei sentimenti, raccomandato dalla teoria freudiana, ha avuto conseguenze ovunque negative tranne che nell'attività professionale del fondatore della psicoanalisi, che applicava le regole in maniera flessibile (Cremerius, 1981b; Kanzer e Glenn, 1980). Ma è altrettanto certo che le innovazioni tecniche della Heimann modificarono e rivalutarono molto più che un concetto. «Fare uso della nostra soggettività significa renderla consapevole»; aderiamo pienamente a questa richiesta di Loch (1965a, p. 18) che l'autore ha sostenuto con la seguente celebre frase della lettera di Freud a Binswanger: «Si deve dunque riconoscere sempre il proprio controtransfert e superarlo; solo allora si è liberi.»

3.4 *Concordanza e complementarità del controtransfert*

Consideriamo ora alcuni tentativi di presentare esempi tipici di controtransfert. Nell'ambito della teoria kleiniana Racker (1957) ha distinto, tra le reazioni di controtransfert dell'analista, due tipiche forme di identificazione che definisce identificazione concordante e identificazione complementare. Nell'identificazione concordante l'analista si identifica sempre con la parte

corrispondente dell'apparato psichico del paziente: Io con Io, Super-io con Super-io, Es con Es. Egli dunque sperimenta in sé le sensazioni provate dal paziente. L'espressione «identificazione complementare», che risale a Helene Deutsch (1926), descrive l'identificazione dell'analista con gli oggetti di transfert del paziente. In tal caso egli si sente madre o padre, a seconda dei sentimenti rivissuti dal paziente verso l'una o l'altra immagine parentale della relazione infantile. La Deutsch (*ibid.*, p. 423; corsivo nostro) si espresse molto presto a favore dell'utilizzazione del controtransfert:

Definisco questo processo «posizione complementare» per differenziarlo dall'identificazione con gli aspetti infantili del paziente. Solo se abbinate, esse [posizione complementare e identificazione concordante] formano l'essenza del controtransfert inconscio, la cui padronanza appropriata e *utilizzazione* rappresentano il compito più importante dell'analista. Questo controtransfert inconscio non deve essere confuso con la semplice relazione affettiva conscia con il paziente.

La posizione complementare è stata integrata da Sandler (1976, p. 191) con la teoria dei ruoli, facendo risalire l'interazione tra paziente e analista alla relazione intrapsichica di ruoli che ognuno tenta d'imporre all'altro. «Ciò che voglio sottolineare è il fatto che in ogni momento dell'analisi la relazione di ruolo del paziente comprende un ruolo che egli attribuisce a sé stesso e uno complementare che proietta sull'analista.» Sebbene sia difficile estendere la teoria dei ruoli fino a includervi i processi intrapsichici inconsci, la complementarità, da questo punto di vista, risulta più vicina all'osservazione e all'esperienza. L'analista entra in modo riflesso nel ruolo che inconsciamente gli è stato assegnato o imposto, arriva a una comprensione di ciò insieme al paziente, e quindi gli rende possibile attuare una diversa messa in scena. Tale processo terapeutico potrebbe essere raffigurato, nella teoria dei ruoli, come un sentiero che conduce sempre più a quel ruolo che il paziente potrebbe non solo rappresentare, ma desiderare di essere. I ruoli che sono stati scritti esclusivamente per lui sono quelli che egli (il suo «vero Sé») trova più congeniali. La funzione complementare dell'analista è essenziale; se egli rifiutasse il suo ruolo complementare, la nuova messa in scena sarebbe improbabile.

Con l'aiuto della complementarità come principio fondamentale dell'interazione sociale, possiamo ora capire perché già Ferenczi (1919) fece l'osservazione, prima riferita, che la resistenza dell'analista al controtransfert rende difficile l'instaurarsi del transfert, giacché un oggetto che si comporti in maniera del tutto impersonale tende ad apparire scostante. Sarebbe altrettanto sbagliato credere che tale oggetto sia particolarmente adatto ad aiutare vecchie imago a diventare fedeli riflessi della realtà e assicurare così la loro ricostruzione scientifica. In base alla teoria dei ruoli e all'interazionismo simbolico possiamo dedurre perché si avrebbero conseguenze ugualmente fatali se la concezione totale del controtransfert spiegasse l'esperienza dell'analista come proiezione di oggetti interni. Com'è possibile infatti che uno trovi e cambi sé stesso mediante

la comunicazione con un «altro» significativo, se l'oggetto analista pretende di non essere niente di più di ciò che è il paziente? Ma proprio questo è il caso, nella rigorosa tecnica d'interpretazione kleiniana, basata sulla teoria della proiezione e dell'introiezione. Che tali interpretazioni possano essere tuttavia terapeuticamente efficaci è una questione di livello completamente diverso. Parlare di oscillazioni in qua o in là dall'Io buono e dall'Io cattivo o di parti buone o cattive del Sé facilita naturalmente l'identificazione con la natura umana in generale e con le fantasie personali inconscie in particolare. A Melanie Klein e alla sua scuola spetta il grande merito di aver ampliato la capacità percettiva degli analisti nei confronti del loro controtransfert e di aver approfondito il loro insight sulla natura del male nell'uomo. Per quanto il paziente possa contribuire alla messa in scena del controtransfert, esso nasce nell'analista, che ne è pienamente responsabile.

Secondo il nostro parere la svolta terapeutica decisiva avviene esattamente al momento della presa di coscienza della «messa in scena del ruolo» (*role enactment*) e della sua «corrispondenza al ruolo dell'altro» (*role responsiveness*). Se si costruisce la teoria dei ruoli su un modello scenico del tipo di quello di Mead (1913), si può anche dire che il «teatro» psicoanalitico permette prove continue, cosicché ambedue i partecipanti possono trasferirsi con facilità e rapidità dal palcoscenico alla sala del teatro, e così osservare sé stessi. Virtualmente si trovano tutti e due, nello stesso tempo, sulla scena e nella sala. Nell'autorappresentazione del paziente si manifestano i ruoli di protagonista che egli preferisce, e ruoli secondari pieni di sottintesi, i cui significati latenti sono particolarmente importanti per l'analista. Anche come spettatori, paziente e analista non restano seduti allo stesso posto. Cambiando prospettiva, cambia anche il quadro che viene rappresentato al momento sulla scena. Al cambiamento della prospettiva contribuiscono le interpretazioni dell'analista che interrompono il parlare o il tacere del paziente, e che contengono metacomunicazioni, vale a dire informazioni sul cambiamento che avviene proprio in quel momento. Enfatizzare troppo l'aspetto metacomunicativo dell'interpretazione significa non capire che le interpretazioni hanno sulle parti degli attori l'effetto che avrebbero le direttive di un regista. Le interpretazioni di transfert, che approfondiscono drammaticamente il dialogo, dimostrano in modo particolare che anche il regista sta sulla scena.

Ci sono varie obiezioni contro questo modello scenico del dialogo psicoanalitico, che abbiamo sviluppato seguendo Habermas (1968) e Loewald (1975). Effettivamente nessuna analogia è adatta perfettamente a mettere in evidenza gli aspetti genuini della situazione psicoanalitica: tutti i paragoni zoppicano. La nostra analogia non ha i suoi punti deboli dove potrebbe supporre il lettore contrario alla teoria dei ruoli o al fatto che la terapia di gravi malattie mentali sia paragonata a uno spettacolo teatrale. Le lacrime che si piangono là non sono meno vere di quelle che scorrono nella vita reale. Anche

i sentimenti del transfert e del controtransfert sono veri. In riferimento alle profonde osservazioni di Freud (1914b, specialmente pp. 369 sg.) sulla genuinità del transfert, vorremmo porre in rilievo la responsabilità dell'analista che, quale regista, è responsabile anche del proprio controtransfert. La concezione totale del controtransfert di necessità fa virtù, cioè dell'inevitabilità del controtransfert: quanto più, tanto meglio! Significa, in fin dei conti, che quanto maggiore è il controtransfert, tanto meglio è per il transfert: un'assurda conseguenza dell'euforia per il controtransfert che è ora subentrata in certi luoghi al posto del precedente evitamento a tutti i costi! Eissler (1963a, p. 457) ha commentato ironicamente questi eccessi:

Il controtransfert è stato definito da Freud in maniera univoca come un processo psichico dell'analista dannoso al processo psicoanalitico. Si va a finire nientedimeno che nella perversione della teoria e della prassi, quando si celebra, ora, il controtransfert come fattore curativo di massima efficacia. Come battuta di spirito vorrei dire che sembra che non siamo lontani dal momento in cui verrà dato ai candidati psicoanalisti il consiglio di rifare l'analisi didattica perché non sviluppino controtransfert verso i loro pazienti.

Sosteniamo, nel senso del modello scenico ampliato, che, benché l'analista sia fortemente e costantemente contagiato dal paziente (controtransfert), egli può svolgere efficacemente il suo compito professionale solo se resta consapevole, sia come regista che come spettatore, del grande effetto che hanno i suoi pensieri e le sue azioni nella situazione analitica. Poiché, come ha rilevato Freud (1914b, p. 371), l'analista, tra l'altro, «ha suscitato questo innamoramento», egli è parzialmente responsabile per le idee che il paziente si crea in generale, e in particolare sull'autenticità e sulla realtà. In termini di modello scenico veniamo alla conclusione che la situazione analitica dà al paziente un grado maggiore di libertà che non la vita reale. Freud partì dal punto di vista opposto, perché credeva che la dipendenza del transfert dall'esperienza infantile e la sua inevitabile ripetizione limitassero la libertà. Anche se questa asserzione è parzialmente valida, non prende in considerazione il fatto che la nuova «messa in scena» e la «corrispondenza al ruolo» allargano lo spazio di libertà nella situazione analitica, perché si opera in tutti i modi possibili per dissolvere i cliché restrittivi.

La nuova messa in scena permette all'analista sin dall'inizio una cooperazione che rende più facile al paziente «acquistare quel di più di libertà spirituale» che per Freud era la meta della «rigorosa e non addomesticata psicoanalisi» (*ibid.*, pp. 373 sg.).

L'analogia del modello scenico regge per quanto riguarda l'autenticità; si potrebbe addirittura speculare sul fatto che sulla scena, come nel sogno, tutto è persino più vero perché sappiamo che supereremo le difficoltà ancora una volta. Ma, naturalmente, sappiamo pure che il piacere non richiede solo eternità, ma anche realtà.

Proprio le restrizioni della situazione analitica rendono possibile al paziente una sicura libertà d'azione nella scelta dei ruoli che in passato non era stato in

grado di *assumere* o di cui finora si era *investito* o *occupato* solo in modo inadeguato. I due significati del termine tedesco *besetzen* sono entrambi importanti. La teoria dell'investimento (*cathexis*, *Besetzung*) riguarda il mondo interno inconscio e il suo meccanismo energetico, la cui messa in scena è estremamente improbabile e che è molto lontano dal piano espressivo. Qui l'analogia mostra nuovamente i suoi limiti per il fatto che in psicoanalisi scenografia e coreografia si limitano all'azione verbale. Inoltre il paziente espleta il suo ruolo in modo inconscio, vale a dire senza sapere che è una parte in un dramma, a differenza dell'attore; invece, l'analogia si presta meglio per descrivere il processo dal punto di vista dell'analista. L'animazione delle immagini evocate mediante il controtransfert fa parte del processo cognitivo dell'analista. Parte del desiderio pulsionale inconscio del paziente può essere un'immagine interna che corrisponde armoniosamente a uno stimolo esterno come una chiave alla sua serratura. Complementarità, corrispondenza, concordanza caratterizzano determinati aspetti di un evento interattivo. Se sia lo stimolo interno, la pulsione, che crea l'immagine, o sia invece l'oggetto esterno a provocare lo stimolo endopsichico, è un problema di vecchia data che lasciamo per ora in sospenso. Kunz (1946a) dedicò a questo argomento un'opera in due volumi. Il legame lasso della pulsione con l'oggetto costituisce lo sviluppo umano, come ha affermato Freud.

3.5 *Deve l'analista confessare il proprio controtransfert?*

Traiamo ora le conseguenze che possono aprire nuove prospettive e avvicinare la soluzione del difficile problema dell'uso del controtransfert. Si tratta della questione molto dibattuta se l'analista deve o non deve confessare il controtransfert al paziente. La maggior parte degli analisti rifiutano tale possibilità, richiamandosi alle esperienze di Freud e alla sua regola dell'«incognito». Alcune eccezioni sono state giustificate con esempi specialmente da Winnicott (1949), Little (1951) e, in particolare, da Searles (1965, pp. 192 sg.). Paula Heimann ammonì per decenni di non confermare le percezioni realistiche del paziente e scopri solo più tardi che l'analista, comunicando sentimenti relativi al paziente, non gli fa confidenze personali, né lo opprime con i propri problemi esistenziali. Esaminate con maggiore esattezza, esprimono la stessa cosa le raccomandazioni di Freud di non far partecipare il paziente ai conflitti personali dell'analista, anche se ciò dovesse accadere con le migliori intenzioni, per non confonderlo, opprimerlo e impedirgli in tal modo di trovare il suo proprio stile di vita. In questo senso vanno anche le argomentazioni della Heimann (1978) in uno dei suoi ultimi lavori dal titolo stimolante: *Über die Notwendigkeit für den Analytiker mit seinen Patienten natürlich zu sein* (Della necessità per l'analista di essere naturale con il suo paziente). In una determinata situazione terapeutica, l'autrice non solo si fece guidare da un sentimento nell'interpreta-

zione, ma anche lo comunicò. Ecco i suoi commenti in proposito (pp. 225 sg.; corsivo nostro):

Comunicare, contro le regole, i miei sentimenti, mi sembrò una cosa del tutto naturale. Io stessa ne fui stupita e dopo vi riflettei sopra a lungo. Rappresentare sé stessi attraverso un'altra persona è un ben noto stratagemma dei nostri pazienti, un compromesso tra desiderio di franchezza e resistenza, ed è usuale che noi glielo facciamo notare. Avrei potuto farlo senza esprimere i miei sentimenti. Tentai di trovare altre formulazioni che omettessero i miei sentimenti, ma non mi piacque nessuna interpretazione; mi sembravano tutte un po' forzate. La mia autosuper-visione non produsse niente di meglio. Come ho esposto altrove (Heimann, 1960), io sono contraria al fatto che un analista comunichi al suo paziente i propri sentimenti e gli permetta la conoscenza della propria vita privata, perché così lo opprimerebbe, distogliendolo dai problemi personali. Non avendo trovato nessuna interpretazione migliore di quella data alla mia paziente, riconobbi che affermare che rabbrivisco se una quindicenne ha lo stesso calibro mentale di una settantenne *non svelava nulla, in realtà, della mia vita privata*, altrettanto quanto l'affermazione che la paziente si era identificata con una ragazza adolescente.

Vogliamo richiamare l'attenzione sulla frase da noi messa in corsivo. È essenziale che la comunicazione di un sentimento sia considerata nel senso della complementarità, perciò l'autrice può dire di non aver rivelato nulla della sua vita privata. Si tratta di un sentimento legato alla situazione; fa parte, per così dire, di un'interazione e rende evidente alla paziente l'effetto da lei provocato sull'«oggetto». Vorremmo discutere questo lato della questione su un piano generale, perché siamo convinti che si possa trovare ancora un'ulteriore maniera di rendere utile il controtransfert.

È incomprendibile per tutti i pazienti che gli analisti non possano essere irritati da nessun affetto, e che essi reagiscano alla disperazione con la stessa equanimità che mostrano verso il disprezzo e l'odio. E sembra che mantengano la loro neutralità anche nell'ardore di un intenso amore di transfert. Ma l'apparenza inganna, e lo sapevamo da prima che fosse formulata la concezione totale del controtransfert. Però, che effetto si può avere se l'analista, indirettamente, rovina la propria credibilità mettendosi al di là del bene e del male, interpretando al paziente che cosa egli abbia in mente di fare con lui (l'analista) quale oggetto del transfert, spinto dai suoi desideri inconsci? Detto con le parole di Freud (1913b, p. 349), «naturalmente *ci si può giocare* questo primo successo [si riferisce alla strutturazione del *rapporto* di transfert] se dall'inizio si adotta un punto di vista che non sia quello dell'*immedesimazione [empathia]*». Fa parte, inoltre, della usuale strategia interpretativa il tentativo di mostrare al paziente che egli in realtà si riferisce a un altro oggetto, al padre, alla madre, ai fratelli. Quindi l'analista non può essere direttamente toccato in alcun modo! Si esce da questa situazione teoricamente e praticamente incresciosa se si ammette, almeno in linea di principio, che anche l'analista può essere colpito e coinvolto. La neutralità, nel senso di riservatezza riflessiva, comincia *dopo* avere sperimentato il controtransfert, e solo così esso agevola il nostro compito professionale, distanziandoci dalle naturali reazioni complementari fisico-sen-

suali che possono essere scatenate dagli impulsi sessuali e aggressivi del paziente. Consideriamo perciò di essenziale importanza che, per facilitare le identificazioni del paziente, gli sia permesso di partecipare alle riflessioni dell'analista anche sul contesto e sul retroscena delle interpretazioni. In tal modo viene regolato il rapporto di vicinanza e distanza con l'analista quale oggetto. La Heimann ha descritto questo processo; noi abbiamo tentato di metterne in risalto il significato fondamentale.