

Osservazioni su alcuni aspetti del Transfert e Controtransfert

Aldo Carotenuto, Napoli

Il presente studio prende spunto da un'osservazione che Jung fa nel suo volume « La Psicologia del Transfert ». Commentando il detto alchimistico — *ars requirit totum hominem* — Jung dice: « Questa affermazione è pienamente valida anche per l'attività psicoterapeutica: in tale attività una partecipazione profonda, che vada oltre la routine professionale, è non soltanto desiderabile, ma necessaria; a meno che l'analista, per eludere il proprio problema personale che si insinua nel rapporto con crescente evidenza, non preferisca porre in forse tutta l'opera intrapresa. Per il terapeuta è in ogni caso necessario raggiungere il limite delle sue possibilità soggettive, perché altrimenti il paziente non potrà percepire i propri limiti » (1).

E' facile captare in queste parole la polemica contro una concezione spersonalizzata della psicote-

(1) C. G. Jung, *La Psicologia del Transfert*, Il Saggiatore, Milano, 1962.

rapia, concezione che la nostra scuola ha sempre rifiutato. Le idee che Jung espone ne « La Psicologia del Transfert », opera fondamentale per capire il senso rivoluzionario del suo pensiero, sono il risultato di un lungo travaglio e di un impegno personale ed onesto nell'affrontare la complessità dei problemi che man mano venivano alla luce. Già nell'esposizione delle teorie psicoanalitiche (2) è reperibile un approccio personale al problema del transfert:

Jung rileva come il metodo psicoanalitico, al di là delle convinzioni stesse dei suoi fautori, si basi più sull'empatia che sull'interesse scientifico del terapeuta. Nella sua corrispondenza con il dr. Loy (3) Jung osserva che, rispetto alla psicoanalisi, una teoria più avanzata riconosce e accetta il transfert come un processo empatico che non esclude, è ovvio, l'uso di analogie sessuali infantili. Inoltre, in un saggio sulla funzione trascendente (4), dopo aver sottolineato che la personalità dell'analista è decisiva nel processo di avvicinamento tra la coscienza e l'inconscio del soggetto (avvicinamento che mira a raggiungere un nuovo « status » psichico), Jung fa alcune importanti osservazioni sul concetto di transfert: è proprio il transfert che permette al paziente di affidarsi all'analista, cosa desiderabilissima perché in questo affidarsi è implicita la possibilità di un mutamento dell'iniziale condizione psichica. Si può dunque capire perché l'analista diventi prima o poi un personaggio importante e addirittura indispensabile nella vita del paziente; un atteggiamento del genere può sembrare infantile, ma in realtà risponde ad una richiesta vitale. E qui sorge una domanda: che cosa si nasconde dietro tale richiesta? Se noi cerchiamo di dare una risposta soltanto in senso riduttivo, l'unica risposta è che ci troviamo di fronte a una fantasia erotica infantile. Ma l'errore è di prendere « alla lettera » simili fantasie: il transfert non sempre è legato a fantasie erotiche infantili, in quanto il paziente è ormai uomo. Spesso la comprensione del transfert non risiede nei suoi antecedenti sto-

(2) C. G. Jung, The Theory of Psychoanalysis. In: Collected Works n. 4. Pantheon, New York, 1961.

(3) C. G. Jung, Some crucial Points in Psychoanalysis. In: Collected Works n. 4. Pantheon, New York, 1961.

(4) C. G. Jung. The Transcendent Function. In: Collected Works n. 8. Pantheon, New York, 1960.

rici, ma nel suo scopo: in effetti il problema è quello di stabilire « un vero rapporto umano », dato che tutta l'energia (libido) legata ai genitori ha da tempo perduto il suo oggetto. Dice Jung: «(La libido) non può essere placata in alcun modo se non con il rapporto umano. Qui sta il nocciolo del fenomeno del transfert, non dobbiamo dimenticarlo; come non dobbiamo dimenticare che il rapporto col Selbst è al tempo stesso il rapporto con gli altri uomini: nessuno può avere una buona relazione con il suo prossimo se prima non l'ha con sé stesso » (5). Jung considera il rapporto come l'unica base per affrontare l'inconscio. Egli insiste particolarmente su questa tesi,

(5) C. G. Jung, *La Psicologia del Transfert*. Il Saggiatore, Milano, 1962.

perché trascurare il rapporto significa quasi sempre avviarsi sulla strada dell'insuccesso o anche di vere e proprie tragedie. « Soltanto la più scrupolosa osservanza della regola di dedicare ogni attenzione al contatto, può evitare catastrofi impreviste. Finché si sente il contatto, l'atmosfera di fiducia spontanea, non c'è pericolo; e perfino se si è costretti a guardare negli occhi gli orrori della pazzia o l'ombra del suicidio, continuerà a sussistere quella sfera di fede umana, quella certezza di comprendere e di essere compresi, per quanto nera sia la notte » (6). Il rapporto che si stabilisce fra l'analista e l'analizzando diviene a volte così forte e tenace che spesso « suscita l'impressione di un impulso vitale » (7). Ed è giusto che Jung si chieda a cosa miri tutto ciò: in sostanza, quale è lo scopo del transfert? Esso deve

(6) C. G. Jung, *Psicologia e Educazione*. Astrolabio, Roma, 1948.

necessariamente avere un significato prospettico, perché « non esistono cose davvero vive che non l'abbiano » (8). Jung si poneva tale questione soprattutto riferendosi ai casi specifici che trattava; il suo rigoroso atteggiamento scientifico lo ha sempre salvato dai pregiudizi e dalle affermazioni non basate sull'esperienza. Nel primo capitolo del libro « L'Io e l'Inconscio », riportando un caso clinico, egli avanza l'ipotesi che l'inconscio abbia sempre una mèta

(7) C. G. Jung, *L'Io e l'Inconscio*. Boringhieri, Torino, 1967.

posta oltre la persona umana; in quel particolare caso Jung si accorse che, nel momento in cui la paziente si sepa-

(8) C. G. Jung, *L'Io e l'Inconscio*. Boringhieri, Torino, 1967.

rava da lui, « l'indirizzo transpersonale del transfert assunse una funzione direttiva, deviando su di sé tutte le precedenti supervalutazioni personali di cui la donna aveva gratificato Jung; e, grazie a tale incremento d'energia, quest'indirizzo transpersonale cominciò a influire sulla coscienza riluttante della paziente, senza che ella troppo lo notasse » (9). Nel suddetto capitolo, comunque, non viene ben chiarita, almeno esplicitamente, la mèta del transfert. Jung riprese lo stesso esempio negli ultimi anni della sua vita, in occasione di alcune conversazioni con lo psicologo Richard I. Evans (10): la paziente fu molto impressionata dalla progressiva comprensione del materiale archetipico contenuto nei sogni, materiale che raffigurava lo analista come un dio potente e protettore (la donna sognava di essere fra le braccia di Jung trasformato in un gigante). Ella si trovò nella condizione di sperimentare un archetipo, esperienza verso cui in genere l'uomo tende, dato che si tratta di percepire un valore eterno e stabile. Secondo Jung questo valore archetipico, inconscio, venne integrato dalla coscienza della paziente, ed ella fu in grado di proseguire il suo sviluppo verso l'individuazione, la quale è importante come lavoro, non come fine, perché « l'essenziale è l'opus che porta ai risultati: esso colma la durata della vita con un obiettivo per il cui raggiungimento cooperano le correnti «destra e sinistra », vale a dire la coscienza e l'inconscio» (11). E ancora: «Il fenomeno del transfert è indubbiamente una delle sindromi più importanti e più ricche di contenuti nell'ambito del processo di individuazione... Grazie ai suoi contenuti e ai suoi simboli transpersonali, detto fenomeno trascende largamente la persona per entrare nella sfera dei fattori collettivi, richiamando quelle superiori relazioni umane di cui, nella attuale organizzazione della nostra società, sentiamo così dolorosamente la mancanza » (12). L'esempio portato da Jung ne « L'Io e l'Inconscio », permette anche di osservare quanto sia erronea l'idea che il transfert abbia sempre un contenuto

(9) C. G. Jung, *L'Io e l'Inconscio*. Boringhieri, Torino, 1967.

(10) Richard Evans, *Conversations with Carl Jung*. Van Mostrano, New York, 1964.

(11) C. G. Jung, *La Psicologia del Transfert*. Il Saggiatore, Milano, 1962.

(12) C. G. Jung, *La Psicologia del Transfert*. Il Saggiatore, Milano, 1962.

(13) C. G. Jung, *Analytical Psychology. Its Theory and Practice*. Routledge & Kegan Paul, London, 1968.

(14) C. G. Jung, *Analytical Psychology. Its Theory and Practice*. Routledge & Kegan Paul, London, 1968.

(15) C. G. Jung, *La Psicologia del Transfert*. Il Saggiatore, Milano, 1962.

(16) C. G. Jung, *La Psicologia del Transfert*. Il Saggiatore, Milano, 1962.

erotico (sessuale). Infatti, come l'esperienza insegna, « tutto può essere oggetto di proiezione, il transfert erotico è solo una delle possibili forme di transfert. Ci sono altri contenuti dell'inconscio che hanno pure un alto valore emotivo, ed essi possono venir proiettati al pari della sessualità » (13). Quando però il transfert ha un contenuto erotico, esso in genere non va confuso con l'amore. Giustamente Jung rileva che un simile transfert quasi sempre travisa l'amore e ne fa un cattivo impiego. È interessante notare come spesso un attaccamento erotico del paziente verso l'analista (caso non infrequente) sia soltanto un compenso per la mancanza di un vero rapporto. Naturalmente tale situazione può benissimo trovarsi rovesciata: « Supponiamo che un analista debba trattare con una donna che non lo stimola particolarmente (sotto l'aspetto del « lavoro » analitico), e che allo improvviso egli scopra di avere una fantasia sessuale su di lei. Ora, io non dico che gli analisti non debbano avere simili fantasie, ma, se le hanno, è meglio che siano ben consapevoli della situazione » (14). Infatti una circostanza del genere è un importante messaggio per l'analista: con molta probabilità il suo rapporto con la paziente è falso, e l'inconscio cerca di superare l'ostacolo alimentando fantasie sessuali per costruire un legame. Esaminiamo ora alcune affermazioni di Jung che potrebbero in un certo senso disorientare. Ne « *La Psicologia del Transfert* » egli dice: « Personalmente mi rallegro ogni volta che il transfert assume un decorso benigno, o quando non si fa praticamente sentire » (15). D'altra parte, sempre nello stesso saggio, dice: « Quasi tutti i casi che esigono un trattamento prolungato gravitano intorno al fenomeno del transfert » (16). Credo che si possa risolvere questo apparente contrasto notando che Jung, almeno a quanto mi sembra di capire, spesso non distingue — lasciando questo compito al lettore — fra « analisi anamnica » e « analisi dell'inconscio ». Per Jung l'analisi anamnica ha grande importanza, sia come terapia, sia come metodo di inda-

gine: « L'analisi anamnetica consiste praticamente in un'accurata anamnesi o ricostruzione dello sviluppo storico della nevrosi. Il materiale ottenuto in questo modo è composto da una serie di fatti in connessione più o meno stretta fra loro, fatti che il paziente, in quanto capace di ricordarli, racconta al medico... Spesso tale procedimento ha da solo un valore terapeutico. Durante la mia attività di ufficiale sanitario, ho avuto spesso l'occasione di applicare questa forma di metodo anamnetico » (17). E Jung riferisce casi di giovani soldati sofferenti di presunti mali organici, risolti non appena venivano chiarificate alcune situazioni i cui nessi inconsci sfuggivano ai pazienti stessi.

(17) C. G. Jung, *Psicologia e Educazione*. Astrolabio, Roma, 1948.

Quando Jung afferma che il transfert non è necessario, si riferisce esclusivamente al suddetto metodo terapeutico, che con l'analisi dell'inconscio ha ben poco a che fare. Infatti « l'analisi dell'inconscio comincia soltanto nel momento in cui il materiale conscio è esaurito » (18). Il metodo anamnetico quindi non è che un'introduzione all'analisi dell'inconscio; è una specie di preparazione, attraverso la quale comincia a prendere vita il « rapporto ». Io credo che le affermazioni di Jung sul transfert vadano sempre intese nell'ambito della loro precisa intenzionalità terapeutica. La cosiddetta « grande psicoterapia » ha sempre bisogno del transfert per realizzare il suo fine curativo. Ed è in quest'ambito che Jung richiede all'analista « il raggiungimento delle proprie possibilità soggettive ». Egli infatti, come abbiamo già visto, vuole polemizzare contro una concezione spersonalizzata della psicoterapia; concezione nata, come vedremo, da precise esigenze storiche, ma che la pratica clinica smentisce continuamente. E non a caso un autore abbastanza libero da briglie ideologiche, T. Szasz, conclude così un articolo apparso sul più autorevole giornale di psicoanalisi: « Il transfert è il punto centrale su cui poggia tutta la struttura del trattamento psicoanalitico. E' un concetto indispensabile. Eppure contiene non solo il seme della sua distruzione, ma della distruzione della

(18) C. G. Jung, *Psicologia e Educazione*. Astrolabio, Roma, 1948.

psicoanalisi stessa. [Quando si usa il transfert come meccanismo di difesa del terapeuta nella situazione analitica - N.d.t. -]. Perché? Perché esso tende a situare la persona dell'analista al di là della prova di realtà dei pazienti, dei colleghi e di sé stesso. [In altri termini, tende a «nascondere» l'analista - N.d.t. -]. Questo pericolo dev'essere riconosciuto con franchezza. Non un migliore « status » professionale, non un approfondimento delle conoscenze o la coercizione dell'analisi didattica, nulla di ciò potrà difenderci da un simile pericolo. Soltanto l'integrità dell'analista e della situazione analitica possono salvare dalla distruzione il dialogo irripetibile fra soggetto e terapeuta» (19). Volendo fissare un punto di partenza per il problema del transfert, e tralasciando le varie complica-

(19) T. Szasz, The Concept of Transference. The International Journal of Psycho-Analysis, Vol. 44, October 1962, part. 4.

(20) L. Chertok, The discovery of Transference. The International Journal of Psycho-Analysis, Vol. 49, October 1968, part. 4.

zioni scaturenti dalle pratiche ipnotiche (20), possiamo constatare non senza meraviglia che l'atteggiamento del medico verso il proprio paziente fu caratterizzato, agli inizi, da quel tipo di « partecipazione » che poi si è andata configurando come un'esigenza della moderna psicoterapia. Quando Breuer informò Freud dello strano caso che stava curando, era probabilmente immerso in una situazione di « appassionante interesse », quell'interesse di per sé terapeutico e non analitico, ma comunque sufficiente a provocare nella giovane e intelligente Anna O. un miglioramento sensibilissimo.

Abbiamo parlato di interesse terapeutico e non analitico, in quanto Breuer non « interpretava » nessun sintomo o comportamento, ne, cosa ancora più importante, si nascondeva dietro la concezione del transfert che sarebbe stata da Freud più tardi elaborata. L'impegno personale di Breuer, che istintivamente seguiva il modello dell'autentico psicoterapeuta, non era però immune da pericoli estremamente gravi, e proprio per questo un luminare viennese dichiarò che la psicoanalisi poteva interessare solo ai commissari di polizia, non agli uomini di scienza. Fu allora che Freud, osservatore esterno del caso Breuer, introdusse un'idea che al suo apparire potè sembrare fantastica, e in un

certo senso lo è: i sentimenti, ostili o positivi che siano, del paziente verso il medico, in realtà non riguardano il medico, ma un'altra persona.

L'idea è fantastica e originale perché, come tutte le idee degli inventori e scopritori, capovolge il senso comune e permette l'esplorazione di nuove dimensioni della realtà, altrimenti irraggiungibili. Quest'idea ha comunque uno scopo ben preciso:

proteggere l'analista dal paziente. Szasz dice:

« Nella teoria psicoanalitica il concetto di transfert serve come ipotesi esplicativa; mentre nella situazione psicoanalitica serve come difesa dell'analista (21) ». Ciò che nel nostro studio ci interessa è proprio la situazione analitica. A questo proposito, come è ben noto, Freud postulò un paragone fra analista e chirurgo (22). Molto spesso le analogie, anziché chiarire i concetti, li offuscano o deviano l'attenzione verso rapporti sbagliati: noi tutti siamo a conoscenza di quel paragone, ma non sappiamo che cosa volesse esattamente intendere. L'unica certezza che abbiamo è che Freud, nel suo lavoro pratico, adottava un atteggiamento in netto contrasto con quanto da lui stesso raccomandato. Ci sembra preziosa la testimonianza dell'antropologo e psicoanalista Abram Kardiner:

« Freud, tuttavia, non era un uomo che concedesse la sua attenzione in modo gratuito o prodigo. Bisognava saperla assicurare... Me ne resi conto paragonando la mia esperienza a quella degli altri che erano stati in contatto con Freud nello stesso periodo. Bisognava riuscire a interessare e a impegnare Freud, altrimenti si correva il rischio di vederlo addormentarsi. Un'altra sua notevole caratteristica era questa: se Freud si sentiva sicuro del vostro interesse e della vostra lealtà, la sua generosità era illimitata; se invece aveva motivo di diffidare di qualcuno, poteva diventare molto ostile, specialmente se riteneva che anche l'altro lo fosse... Non so come si comportasse con gli altri studenti, ma con me parlava molto liberamente. Tra l'altro mi rivelò quali fossero alcune delle sue grandi paure » (23).

(21) T. Szasz, Opera citata.

(22) S. Freud, Recommendations to physicians practising psycho-analysis. Standard Edition, vol. XII. The Hogarth Press, London, 1964.

(23) Abram Kardiner,

Freud: l'uomo come lo conobbi, lo scienziato e la sua influenza. Nel libro curato da B. Nelson «Freud e il XX secolo». Mondadori, Milano, 1962.

Paula Heimann, in un articolo sul controtransfert, fa la seguente osservazione:

« Nel mio lavoro di supervisione, ho potuto constatare come molti allievi interpretassero erroneamente alcune raccomandazioni di Freud, ed in particolare quella relativa alla similitudine fra analista e chirurgo, la quale, secondo un certo modo di vedere, consiglierebbe un atteggiamento non umano. Quegli allievi erano così impauriti e pieni di colpa quando provavano emozioni verso i propri pazienti, da liberarsi di tali emozioni rimuovendole, con grave danno del loro lavoro: infatti non solo perdevano la possibilità di cogliere il senso delle varie circostanze... ma utilizzavano le proprie difese psichiche contro i soggetti... Inoltre tendevano a minimizzare il transfert positivo (e le annesse fantasie sessuali) dei loro pazienti, tendevano a sottrarsene, perché si sentivano **più al sicuro raggiungendo l'obiettivo del freddo distacco** » (24).

(24) Paula Heimann, Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 1960, 3, 9.

Simili errori di atteggiamento sono dovuti al fatto che la messa in luce del transfert (e della sua caratteristica di convogliare sul medico sentimenti in realtà riguardanti un'altra persona) fu determinata agli inizi soprattutto dal transfert positivo, non da quello negativo. In altri termini, a Freud interessava principalmente esortare gli analisti a non bearsi o inorgogliersi dei sentimenti positivi dei loro pazienti. Perché? Si sarebbe tentati di rispondere che per Freud — e per i suoi discepoli dietro di lui — l'analista in genere è facilmente in grado di « portare » su di sé proiezioni negative (che si possono dunque accettare senza complicazioni), mentre ogni tipo di proiezione positiva suscita nel terapeuta un senso di colpa dal quale bisogna difendersi (e qui entra in gioco la funzione del transfert). Da dove proviene tale senso di colpa? Non è possibile spiegarlo soltanto con la rigidità del super io. Secondo la mia opinione, il problema è molto più complesso e affonda le sue radici nella idea puritana del lavoro, che viene inteso e accettato — nell'ambito di quest'idea — come « sofferenza », mai come « gioia »; per cui, se a causa

delle proiezioni positive del soggetto l'impegno analitico diventa « gratificante », è chiaro che il fatto viene vissuto con senso di colpa. Il sociologo David Riesman ritiene che anche i contributi più tecnici di Freud, come l'interpretazione dei sogni e il concetto di transfert, siano stati in larga parte condizionati dalla sua visione culturale e di classe. Era quasi impossibile per un vittoriano « per bene » parlare del proprio lavoro come se non fosse un peso: « Freud vedeva nel lavoro una necessità ineluttabile e tragica » (25).

Ma vi sono analisti che non hanno una concezione puritana del lavoro. Per essi il transfert positivo dei pazienti nasconde un diverso pericolo, quello della « inflazione ». (Il presente discorso, vorrei notare, è condotto senza perdere di vista la considerazione che il terapeuta, nel rapporto analitico, è sottoposto a due grosse cariche emotive contrastanti, anche se talvolta agenti nello stesso tempo: l'aggressione e l'amore. Con amore vogliamo intendere tutta la gamma dei sentimenti positivi, dalla più tiepida e corretta « riconoscenza » agli interessi erotici più sfrenati e ingovernabili). Nelle conferenze londinesi del 1935 Jung, parlando del transfert positivo, chiarisce come, malgrado ogni possibile attenzione ed autocritica, spesso avviene che una proiezione gratificante per l'analista « it tickies him », affascinandolo e inflazionandolo (26). La inflazione psicologica è, da un certo punto di vista, un vivere in una dimensione superiore alle proprie capacità, ma proprio questa condizione genera uno sviluppo ed un ampliamento della personalità. Il pericolo è quello di non percepire lo sforzo a cui si è sottoposti (l'inflazione psichica ha il suo equivalente fisico nell'azione delle amfetamine sulla fatica), tanto che si può prendere per vero e stabile un momento transitorio. Ad ogni modo, quando nel paziente si manifesta un transfert positivo, il lavoro analitico può divenire molto gratificante, cosa desiderabilissima per la maggior parte dei « chiamati » ad una tale professione, i quali, mi sembra si possa affermare, **hanno un continuo bisogno di con-**

(25) David Riesman, *Lavoro e gioco nel pensiero di Freud*. Comunità, ottobre 1964.

(26) C. G. Jung, *Analytical Psychology. Its Theory and Practice*. Routledge & Kegan Paul, London, 1968.

ferma psicologica. Sarebbe interessante approfondire questo particolare aspetto del problema. Freud ha iniziato a farlo col suo saggio «Osservazioni sull'amore da transfert». Fra le varie idee espresse nel lavoro, una soprattutto è sottolineata (e ne abbiamo già fatto cenno): l'analista deve abituarsi a non trarre godimento e illusioni dai sentimenti che verso di lui vengono indirizzati, poiché è soltanto la situazione che li provoca, e non la sua persona in quanto tale (27). Perché Freud non scrisse un saggio sull'odio da transfert? Perché dal suo punto di vista non metteva conto discuterne, dato che l'odio da transfert e la relativa fenomenologia rientrano nello schema classico di quelle circostanze da cui non derivano gratificazioni di sorta. (Si potrebbe qui introdurre l'importante problema del masochismo del terapeuta, ma lo tralascio in quanto estraneo ai temi di questo scritto).

(27) S. Freud, Osservazioni sull'amore da translazione, in: « Freud » a cura di C. Musatti. Einaudi, Torino, 1959.

E torniamo ora per un momento al caso Breuer: egli, nel tentativo di comprendere Anna O., si trovò ad affrontare, come con molta acutezza osserva Szasz, « una nuova situazione: una bella donna sessualmente eccitata, piuttosto che una paziente inabile e degna di compassione » (28). Noi, purtroppo, sappiamo tutti quale fu l'atteggiamento di Breuer. Fra la scienza ed il giustificato timore di frau Breuer, scelse senza esitare. Fuggì di fronte ai sentimenti positivi di Anna O. Non si sarebbe eclissato, credo, se la paziente avesse invece manifestato sentimenti ostili. Il mio parere è che gran parte della psicologia del profondo risenta di questo assunto iniziale: è difficile accettare dal paziente sentimenti di « amore », per cui è necessario creare uno schermo protettivo che poi, per estensione, difende anche dai sentimenti negativi; ma questi non costituiscono il nucleo essenziale che ha dato vita al concetto di transfert.

(28) T. Szasz, Opera citata.

La scoperta (o, meglio, l'invenzione) del transfert ha offerto agli analisti dei perfetti guanti di gomma che hanno finora svolto in maniera eccellente la loro funzione protettiva. Ma siamo sicuri che ciò

sia un bene? Ho sempre presente nel mio lavoro analitico un racconto dei Hassidim: « Rabbi Shiom diceva: se vuoi sollevare un uomo dalla melma o dal fango, non credere di poter restare in alto e accontentarti di tendergli la mano soccorrevole. Devi scendere giù tutto, nella melma e nel fango. Allora afferralo con forti mani e riconducilo con tè alla luce » (29).

(29) Martin Buber, I racconti dei «Hassidim». Longanesi, Milano, 1962.

Il transfert è essenzialmente una proiezione di contenuti inconsci. L'oggetto su cui la proiezione viene effettuata ha in sé qualche particolare caratteristica che agevola e provoca la proiezione (30). Ciò non significa che quest'ultima possa essere consciamente provocata: intendo solo dire che l'oggetto su cui avverrà la proiezione si presta, meglio di un altro, a costellare (attivare) i contenuti inconsci del soggetto che dovrà proiettare. Nel rapporto paziente-analista la pratica clinica ha scoperto problemi molto complessi, di per sé irriducibili a comode semplificazioni. Paziente e analista proiettano reciprocamente, lo vorrei orientarmi verso una classificazione di questi fenomeni in maniera diversa da quella comunemente utilizzata nella letteratura analitica. Esiste una situazione proiettante del paziente verso l'analista, ed una situazione proiettante dell'analista verso il paziente. A tali proiezioni dò il nome di proiezioni primarie. Per proiezione primaria intendo il contenuto attivato dal primo incontro fra i due partners. Contenuti psicologici vengono attivati ad ogni incontro « significativo » con l'altro. Al momento attuale non ho modo di spiegare questa situazione se non stabilendo che incontro « significativo » è quello che apre nuove prospettive al nostro progresso psicologico. Si tratta di una costante non solo reperibile con sottile speculazione psicologica, ma anche attraverso i nostri effettivi contatti con l'altro. Nel momento in cui il paziente decide di consultare un analista, si prospettano innanzi a lui fantasie

(30) C. A. Meier, Projection, transference and the subject-object relation in psychology. The Journal of Analytical Psychology, Vol. 4, n. 1, 1959.

concrete di sviluppo, per cui si attivano certi contenuti (il salvatore, il dio, il padre buono, ecc.) che prenderanno una forma al momento dell'incontro con l'analista. Da parte dell'analista ci si trova in una situazione meno chiara e più complessa. La sua analisi personale gli ha insegnato l'esistenza di meccanismi psicologici automatici (come per esempio la proiezione), la cui conoscenza però non impedisce loro di continuare ad agire. Il paziente rappresenta per l'analista il figlio! prodigo, il bambino sperduto nel bosco, l'orfano, ecc. Tali rappresentazioni corrispondono ad alcune esigenze psicologiche dell'analista, designate dalla psicoanalisi come tendenze riparative e parentali. Le due situazioni (l'analista, colui che salva; il paziente, colui che dev'essere salvato) sono proiettate reciprocamente ed in maniera inconscia, secondo il proprio ruolo. Diremo, nell'ambito della terminologia junghiana, che ci troviamo di fronte a dei modelli di comportamento, gli archetipi, i quali prenderanno la loro forma nella psicologia individuale dell'analista e del paziente. Si potrebbe anche usare la terminologia di un autore della scuola junghiana, A. B. Plaut, che mi sembra abbia trovato una formulazione felice del problema quando parla della «incarnazione» (31) dell'archetipo:

(31) A. B. Plaut, The transference in analytical psychology. The British Journal of Analytical Psychology. Vol. XXIX, Part 1, 1956.

« Alcuni analisti... accettano interamente la proiezione e non fanno alcuno sforzo per aiutare il paziente a scioglierla: si lasciano diventare un'incarnazione vivente dell'immagine proiettata ».

La figura del paziente può incarnare il suo ruolo nei modi più svariati, ma almeno uno di questi deve potersi agganciare alla problematica conflittuale dell'analista. Un paragrafo nella « Psicologia del Transfert » mi ha fatto sempre molto pensare. Jung dice: « Quanti più destini umani si sono visti, e quanto più se ne è indagata la segreta motivazione, tanto più impressionante appare la forza con cui i motivi inconsci agiscono, e il con-

statare quanto circoscritta e limitata è la libertà e la intenzionalità della nostra scelta. Il medico sa, o almeno dovrebbe sapere, che egli non ha abbracciato questa professione per caso; ed in particolare lo psicoterapeuta deve avere ben chiaro in mente che le infezioni psichiche in genere, anche se gli sembrano non indispensabili al suo sviluppo psicologico, sono in fondo dei fenomeni la cui presenza è addirittura fatale nel suo lavoro, e che rispondono quindi alla disposizione istintiva della sua vita. Capire questo significa al tempo stesso assumere il giusto atteggiamento di fronte al paziente, perché ne deriva che la sorte di quest'ultimo riguarderà personalmente anche l'analista, il che costituisce la premessa più favorevole alla

cura » (32). Il fatto che la sorte del paziente debba riguardarci personalmente e, secondo la mia opinione, « conditio sine qua non » del processo terapeutico. Che la persona del terapeuta sia profondamente toccata, significa che il paziente è portatore di un conflitto in cui è coinvolto pure l'analista: e questa è l'unica condizione di un aggancio reciproco fra analista e paziente. Allora i due partners « incarnano » una dimensione familiare e scottante nello stesso tempo. Ciò permette lo scatto della proiezione primaria. Tutto il successivo processo analitico dipenderà dalla possibilità di proiettare reciprocamente una problematica « incarnata » dall'altro. Tale reciproca attivazione dell'inconscio è la base di un ulteriore fenomeno che io propongo di chiamare proiezione secondaria. Questo secondo momento, se lo si considera in senso unilaterale (come reazione inconscia dell'analista allo inconscio proiettante del paziente), è analogo al concetto di controtransfert. Secondo me, il concetto di controtransfert è molto ambiguo: o esso diventa una prerogativa anche del paziente (reazione all'inconscio proiettante dell'analista), oppure è consigliabile fare a meno di tale concetto e parlare soltanto di proiezione secondaria. E' necessario comunque chiarire che il transfert è essenzialmente una proiezione. Non mi sento di condividere il

(32) C. G. Jung, La Psicologia del Transfert, Il Saggiatore, Milano, 1962.

- punto di vista di Loia Paulsen, che nel suo breve scritto « Transference and Projection » propone una differenziazione fra i due termini (33). Lo psicoanalista Nunberg è del mio stesso avviso (34): non bisogna rischiare di confondere effetti e cause: la proiezione è alla base del transfert. Dall'incontro delle reciproche proiezioni nasce una nuova situazione psicologica, ben espressa dal concetto di « campo psicologico ».
- (33) Loia Paulsen, Transference and Projection. The Journal of Analytical Psychology, Vol. 1, n. 2, 1956.
- (34) Herman Nunberg, Transference and reality. In: Practice and theory of psychoanalysis. Vol. 2. International Universities Press, New York, 1961.
- William James fu uno dei primi a parlare di questo fenomeno. Lo considerò, con profonda intuizione, « il passo più importante della psicologia, perché... ha rivelato una peculiarità prima completamente insospettata nella costituzione della natura umana » (35). Ciò che si verifica dopo la proiezione può essere considerato transferenziale, ma la base del fenomeno è e rimane la proiezione. Del resto Jung dice: « Non bisogna dimenticare che il termine tedesco per «transfert» — ubertragung— non è che la forma germanizzata di proiezione » (36).
- (35) William James, Le varie forme della coscienza religiosa. Bocca, Milano, 1945.
- (36) C. Q. Jung, La Psicologia del Transfert. Il Saggiatore, Milano, 1962.
- La tesi che sto esponendo potrebbe suscitare qualche perplessità per quanto riguarda le proiezioni dell'analista. Il dubbio, più o meno, è sempre lo stesso, e si riferisce all'analisi terapeutica effettuata dall'analista su sé stesso proprio per liberarsi dalla situazione proiettante dell'inconscio. Questo dubbio si basa su un equivoco, perché vuole presupporre che la proiezione sia un fatto patologico mentre in effetti non lo è: la proiezione (come qualunque altro meccanismo del genere) serve a mantenere l'equilibrio psichico dell'individuo. Pare anzi che sia una delle prime modalità, se non la più arcaica, per consentire la regolazione psichica inconscia. Il mondo esterno bombarda lo individuo con una serie di stimoli più o meno frustranti, di fronte ai quali qualsiasi meccanismo di difesa sembra inefficace. Attribuire all'esterno il proprio disagio, significa trasferire ciò che ci appartiene all'« altro », oggetto animato o inanimato che sia. La conversione all'esterno non avviene soltanto per motivi di frustrazione, ma anche per

esigenze positive non realizzate ed inconsce dello individuo. Per esempio, sembra che le religioni animistiche trovino nella proiezione la loro origine primitiva. E, fatto ancor più notevole, la psicologia genetica rivela che lo sviluppo dell'individuo avviene attraverso introiezioni di esperienze che poi vengono proiettate e manifestano la capacità di strutturare ulteriori rapporti.

La proiezione viene troppo spesso considerata un meccanismo di difesa. Eppure Freud nel 1913, in « Totem e Tabù », già sosteneva che la proiezione non rappresenta soltanto un meccanismo di difesa: « ...essa si verifica anche là dove non vi sono conflitti. La proiezione all'esterno di percezioni interiori è un meccanismo primitivo al quale sono sottoposte, per esempio, anche le nostre percezioni sensorie; un meccanismo quindi che normalmente ha una parte relevantissima nella configurazione del nostro mondo estemo » (37). Se Freud può fare un'affermazione del genere, significa che al di là dei conflitti e quindi della rimozione, la proiezione è un fatto primario capace di strutturare i rapporti con l'esterno.

(37) S. Freud, Totem e Tabù. Boringhieri, Torino, 1969.

Analoga ci sembra la concezione di Jung, anche se elaborata con diversa prospettiva, quando, affermato il carattere essenzialmente proiettivo del transfert, parla dell'emergere delle fantasie: « ...esse non sono più basate sulle reminiscenze personali » (Freud), ma scaturiscono da « uno strato più profondo dell'inconscio, nel quale stanno sopite le immagini primigenie dell'umanità » (38). La possibilità strutturante della psiche attraverso la proiezione mi sembra un concetto del tutto trascurato dalla letteratura analitica (39). Vi sono però gli studi dello psicologo Frank a favorire una comprensione in tal senso del fenomeno proiettivo. Secondo quest'autore, « proiezione è il processo mediante il quale il soggetto organizza e struttura la sua esperienza vitale, e

(38) C. G. Jung, La Psicologia dell'Inconscio. Boringhieri, Torino, 1968.

(39) C. A. Meier, Opera citata.

specificamente qualunque materiale non strutturato che percepisce, proiettando in esso la sua esperienza inferiore e la struttura stessa della sua personalità. Le tecniche proiettive vengono così paragonate alla spettroscopia, o ad una lente proiettiva, mezzi che permettono di stabilire di quali componenti è costituito un oggetto non conoscibile altrimenti » (40).

(40) Tirelli - Imbasciati, Il T.A.T. secondo la sistematica di Bellak. Edizioni O/S, Firenze, 1964.

Sono del parere che un esame approfondito del problema, relativamente alla dinamica del rapporto analitico, permetterebbe di cogliere l'essenza dei fenomeni intercorrenti fra chi proietta e chi è lo oggetto della proiezione. In altre parole, perché tale oggetto fa scaturire quella determinata proiezione e non un'altra? Il mio assunto è che, dal punto di vista quantitativo, analista e analizzando proiettano reciprocamente in modo pressoché identico, malgrado l'analisi didattica del terapeuta. Quale è allora la differenza fra le due situazioni proiettanti? Io credo che la differenza sia qualitativa, e consista soprattutto nel fatto che, nella maggior parte dei casi, l'analista è a conoscenza del fenomeno e quindi meno portato a trarre conclusioni che si concretino in uno specifico comportamento. Voglio portare un esempio: se durante una notte di luna si intravedono ombre che derivano da un particolare paesaggio, chi non conosce questo paesaggio potrà interpretare le ombre a modo suo e magari spaventarsene; chi invece è a conoscenza della particolare fisionomia del luogo, pur vedendo le stesse ombre, saprà dare ad esse il loro giusto significato. E' comunque importante ricordare che il contenuto proiettato non si dissolve con la terapia.

Jung scriveva nel 1941: «Un tempo si pensò, molto ottimisticamente, che l'immagine dei genitori potesse più o meno venir dissolta attraverso l'analisi dei contenuti. Ma in realtà le cose non stanno così. Per quanto le immagini parentali possano essere ritirate dal mondo esterno, esse continuano, come qualsiasi cosa acquisita durante l'infanzia, a conservare la loro primitiva vitalità» (41).

(41) C. G. Jung, Psycho-

Abbiamo visto che il rapporto analitico, per ben determinati motivi storici, si è andato configurando come un tipo speciale di rapporto, in cui l'analista, attraverso il concetto di transfert, si difende dall'essere personalmente coinvolto e sfugge in tal modo a precise responsabilità. Per esempio, è l'artefice dell'atmosfera 'irreale' dell'analisi. Ora, quest'atmosfera non giova al trattamento analitico, non giova cioè trattare come un fantasma il reale rapporto emotivo che si crea a causa di un ben individuabile fenomeno: il campo psicologico analista-paziente. Questo campo psicologico si genera per il contatto dei due inconsci e, in un certo senso, rappresenta l'ideale terapeutico dello stesso Freud quando dice che la mèta da raggiungere è una effettiva comunicazione fra inconscio e inconscio: « L'inconscio dell'analista deve comportarsi nei confronti dell'inconscio emergente dal malato come il ricevitore telefonico nei confronti del microfono » (42). E qui mi sembra importante proporre una modifica nel rapporto paziente-analista. Una modifica che dovrebbe sotto certi aspetti « umanizzare » il rapporto, spingendolo sempre più verso quel piano di parità tante volte invocato da Jung. E' necessario comunque non cadere in un equivoco, contro il quale già Philip Rieff metteva in guardia dicendo: « Affermare che fra paziente e analista debba aversi una situazione di parità, significa far cadere nell'assurdo la dottrina terapeutica di Freud » (43). Tendere ad un rapporto di parità non significa partire da un piano di parità. Lo analista, almeno per un certo periodo, non può non rappresentare una figura d'autorità, ed il paziente non può non essere subordinato. Il perché sta nelle cose. Ma ciò non vuoi dire che l'analista debba « proteggersi » dietro il transfert: se lo fa, la situazione del paziente diventerà man mano più precaria. Possiamo infatti affermare che il trattamento analitico comincia solo quando il paziente si interessa all'analisi e alla figura dell'analista, e quando intensamente si manifestano le emozioni: se a questo punto il terapeuta si trincerava dietro la difesa del

therapy today. In: The Practice of Psychotherapy. Pantheon, New York, 1954.

(42) S. Freud, Recommendations to physicians practising psycho-analysis. Standard Edition, vol. XII. Hogarth Press, London, 1964.

(43) Philip Rieff, Freud Moralista. Il Mulino, Bologna, 1968.

transfert, la sua figura si « annebba » agli occhi del paziente non permettendogli alcuna prova di realtà; tutto sembra troppo semplicemente risolversi in una serie di proiezioni sull'analista, che si conserva « non responsabile » di quanto avviene. Nella corrente pratica analitica tocca al paziente riferire al medico, attraverso comunicazioni verbali, fantasie, immaginazioni attive e, soprattutto, attraverso i sogni con le loro associazioni e amplificazioni, il clima emozionale intorno alla figura dello analista: simile impatto provoca in quest'ultimo una reazione chiamata « controtransfert » (proiezione secondaria). Mi sembra utile sottolineare che il clima emotivo vissuto dal soggetto nei riguardi del terapeuta, è generato non soltanto dalla storia del soggetto stesso, ma anche, e forse in prevalenza, dall'atteggiamento del terapeuta e dal suo transfert verso il paziente (proiezione primaria).

Al paziente invece, e questa è pratica « raccomandatissima » specialmente dalla letteratura psicoanalitica, non devono essere comunicate le emozioni provate dall'analista. L'ipotesi che sta alla base di tale comportamento è che il paziente ed il suo materiale inconscio agiscono come un test, come un reattivo, sulla totalità dell'analista, le cui reazioni appartengono alla sua propria sfera conscia ed inconscia, e non devono « insinuarsi » nel processo analitico del paziente. L'ipotesi però trascura la cosa essenziale: la dialettica che si crea fra i due partners è generata specialmente dai **conflitti inconsci** dell'analista, conflitti che lo spingono, ore e ore al giorno, per tutta la vita, a combattere con l'inconscio altrui. Quando Jung dice: « Non è esagerato sostenere che la quasi totalità dei casi che esigono un trattamento prolungato gravitano intorno al fenomeno del transfert... » (44), vuole indicare, secondo la mia interpretazione, proprio il fatto che quasi sempre la lunghezza della cura favorisce, prima o poi, un coinvolgimento emotivo dialettico fra paziente e analista. D'altra parte il terapeuta deve rendersi conto che, suo malgrado, i rapporti « analitici » autentici sono po-

(44) C. G. Jung, La Psicologia del Transfert, Il Saggiatore, Milano, 1962.

chi, in quanto, per motivi che spiegheremo più avanti, molti casi rimangono al livello, come dice Jung, della « comprensione del paziente, la sua buona volontà, l'autorità del medico, la suggestione, il buon consiglio, l'intelligenza, la partecipazione, lo incoraggiamento e così via... » (45).

Ciò che io ho in mente non sono naturalmente questi casi; (45) C. G. Jung, Ibid.

per essi, in effetti, si richiede dal medico soltanto quell'attività che va sotto il nome di « psicoterapia ». La mia esperienza e quella di altri colleghi mi insegna che ci sono casi diversi, importanti non perché più gravi, ma perché permettono l'instaurarsi di una serie di proiezioni reci-proche (primarie e secondarie), permettono cioè l'instaurarsi del transfert: il quale dunque è reso possibile dall'equazione medico-paziente, non dalla gravità del caso in senso clinico; a volte nemmeno la durata è determinante: può infatti avvenire che essa sia addirittura illimitata senza che compaia, paradossalmente, il minimo segno di rapporto emozionale. Bisogna d'altra parte notare che la rilevanza della personalità del medico nella terapia, rilevanza non più discutibile, spinge la moderna letteratura psicoanalitica — se non sul piano teorico almeno su quello clinico — ad avvicinarsi alle concezioni della psicologia analitica. Freud diceva: « Abbiamo cominciato a considerare il controtransfert come un risultato dell'influenza esercitata dal paziente sui sentimenti inconsci dell'analista, e siamo giunti alla conclusione che il medico deve riconoscere e **neutralizzare** in sé stesso questo controtransfert » (46). Secondo Philip Rieff, ci sono negli scritti di Freud molti brani che fanno dubitare del reale interesse da lui portato ai pazienti: ciò spiegherebbe la rigida condanna del controtransfert. Ma in contrasto con simile tesi, lo stesso Rieff rileva: « Freud pretende dal terapeuta una imparzialità ed un equilibrio intellettuale che **personalmente fu ben lungi dall'averne con i propri pazienti** » (47). Si confronti quanto detto a pag. 132. Lo stesso Freud, dunque, non poteva evitare in alcuni casi di trovarsi « coinvolto ».

(46) S. Freud, The future prospects of psycho-analytic therapy. Standard Edition, vol. XI, The Hogarth Press, London, 1964.

(47) Philip Rieff, Opera citata.

(48) Margaret Little, Counter - transference. *British Journal of Medical Psychology*, 1960, 33, 29.

(49) Margaret Little, *Ibidem*.

(50) P. F. Galli, *Psicoterapia e scienza. Psicoterapia e scienze umane*, 2-3, luglio-ottobre 1967.

Mi sembrano abbastanza significative le osservazioni di psicoanalisti che hanno risentito della rivoluzione junghiana. Margaret Little dice: «... il controtransfert non presenta alcuna difficoltà nella analisi dei pazienti nevrotici, se non nel caso di analisti inesperti » (48). E, sempre nello stesso saggio, la Little conclude citando un autore di scuola junghiana: « ...Qui sta l'importanza del modo in cui il dr. Fordham concepisce l'analisi: un'interazione fra i due partners. Senza questa interazione, anche se il paziente può migliorare e svilupparsi, l'analista probabilmente resterà immutato. Soltanto uno sforzo che promuova, sia nell'analista che nel paziente, lo sviluppo e il rafforzamento dell'Io, ripaga ampiamente l'impegno del lavoro analitico » (49). Questa convergenza di opinioni sul piano clinico non deve meravigliarci, perché il transfert, inteso come rapporto analista-paziente, rimane sempre l'alfa e l'omega del processo analitico. Qualsiasi terapeuta impegnato nel campo dell'analisi psicologica è spinto, dalla forza delle cose, ad agire secondo certe costanti: abbiamo visto come le varie raccomandazioni di Freud a proposito della distanza emotiva dell'analista dal paziente, fossero poi in pratica da Freud stesso trascurate. E ciò per la pressione dei fatti. Molto chiaramente P. F. Galli dice: « Il vecchio criterio dell'analista specchio è crollato dinanzi allo studio del controtransfert e della sua utilizzazione terapeutica. Nacht scopre

10 psicoanalista come persona, e autorizza gli ortodossi a sentirsi persone senza più senso di colpa nella situazione terapeutica. Ci viene detto, con un ritardo di trent'anni, quanto già affermato da Jung » (50).

Il problema che ora ci si pone è il seguente: cosa fare di tutto il materiale che sgorga dall'analista e che riguarda il paziente? Per materiale intendo pensieri coscienti, sensazioni, sentimenti e sogni. La letteratura analitica non è stata mai molto chiara in proposito. Io credo che tale mancanza di chiarezza dipenda dalla difficoltà di porsi di fronte alla tradizione analitica in maniera non con-

formista, una difficoltà che deriva soprattutto dalla diffidenza e dall'incomprensione dei colleghi professionalmente deformati, che cercano nell'ortodossia di combattere l'ansia di un incessante lavoro terapeutico. E vengo alla mia opinione: l'analista dovrebbe comunicare al paziente i sogni, i sentimenti, i pensieri e qualsiasi altro materiale psicologico relativo al paziente stesso. In un senso più largo la Little dice: « Mi chiedo se il non uso del controtransfert non stia avendo, per quanto riguarda il progresso della psicoanalisi, il medesimo deleterio effetto che derivò dal trascurare il transfert. Se noi facessimo un uso corretto del controtransfert, potremmo trovare un altro utilissimo se non addirittura indispensabile strumento » (51). Maxwell Gitelson, concludendo un suo articolo, afferma: « I controtransfert, come i transfert, sono fenomeni dinamici ed economici. Essi esistono in ogni analisi... L'analista deve riconoscerli nel suo intimo e, insieme con il paziente, deve affrontarli quando interferiscono con la situazione analitica... Proprio in tale comportamento sta il vero contatto tra analista e paziente, tanto che quest'ultimo può non sentirsi solo » (52). La psicoanalista Little, già citata, consiglia di riconoscere i propri sbagli e di spiegarli alla luce della reazione controtransferenziale. Spiegelman illustra un caso in cui rivelò ad una paziente alcune sue fantasie sessuali, e dimostra come il suo comportamento si risolvesse in un grande progresso per la donna (53). Secondo il mio parere, l'abbondanza di punti di contatto che le scuole freudiana e junghiana presentano riguardo ai fenomeni del transfert e controtransfert, dimostra come, in questa specifica circostanza, la « verità » del fenomeno transferenziale spinga prima o poi qualsiasi analista verso un tipo di approfondimento e sperimentazione che conserva — nella diversità di ogni singolo caso — alcune costanti, e che diventa sempre più imprescindibile via via che l'esperienza procede. Mi viene in mente a questo punto un rilievo di Meier, credo legittimo, a proposito dell'innegabile staticità di certe premesse

(51) Margaret Little, Counter-transference and the patients response to it. *International Journal of psycho-analysis*, 32, 32-40, 1951.

(52) Maxwell Gitelson, The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation. *The International Journal of psycho-analysis*, Vol. XXXIII, 1952, part 1.

(53) Marvin Spiegelman, Alcune implicazioni del transfert. *Rivista di Psicologia Analitica*, anno 1, n. 1, marzo 1970.

delle varie scuole di psicologia del profondo. La impressione che però si ricava dall'osservare la effettiva pratica clinica, è che il buon analista fronteggia determinate situazioni psicologiche con un atteggiamento — e forse anche con una concezione teorica della dinamica psicologica — di gran lunga diversi da quelli che la sua appartenenza corporativa potrebbe far credere. Le ragioni sono varie, ma le principali mi sembrano le seguenti:

a) il raggio d'azione dell'analista moderno è aumentato in maniera così notevole che è quasi impossibile paragonare i casi attuali ai casi trattati dai pionieri della psicoanalisi;

b) esiste un nuovo tipo di paziente, quello asintomatico, che non cerca più l'adattamento e la conquista di un posto al sole, ma che ha invece bisogno di un senso per la propria vita, senso che ne le confessioni religiose ne i partiti politici riescono a dare. L'analista si trova di conseguenza di fronte a problemi nuovi, per i quali il vecchio atteggiamento di neutralità e distacco è soltanto ridicolo. Se le cose stanno così perché non vengono elaborate concezioni che permettano di affrontare gli attuali compiti? Nella pratica ogni analista, volente o nolente, è costretto a battere nuove strade. Ma per ciò che riguarda la parte teorica del lavoro analitico, quanto più la pratica allontana dai vecchi principi, tanto più ci si sforza di riattaccarsi a quelli sperando di trovarvi una spiegazione del nuovo. Così per esempio hanno fatto gli psicoanalisti J. Arlow e C. Brenner, che nel loro saggio « La psicopatologia delle psicosi: proposta di una revisione» (54), tentano di dimostrare come la psicosi possa essere affrontata con i medesimi assunti freudiani per la cura della nevrosi! Si può comprendere un simile atteggiamento solo considerando quanto sconvolgente sia stata la rivoluzione di Freud e Jung e come timidi siano i passi per andare avanti e scoprire nuovi fenomeni nel campo dell'inconscio. D'altra parte, è stato ampiamente provato

(54) J. Arlow, C. Brenner, La psicopatologia delle psicosi: proposta di una revisione. Rivista di Psicoanalisi, anno XV, gennaio-agosto 1969.

dallo studio di F. Fiedler quanto discutibile sia il valore di appartenenza ad un certo tipo di scuola. Fiedler ha dimostrato che analisti esperti — pur seguendo diversi orientamenti teorici — erano molto più simili fra loro che non analisti della stessa scuola, ma meno esperti (55). La realtà dei fatti spinge sempre verso direzioni analoghe, a prescindere dalle ideologie. Un'altra prova di tale assunto può essere tratta dall'interpretazione onirica. Noi sappiamo che nella psicoanalisi il contenuto manifesto del sogno non ha importanza in confronto ai nessi associativi che da quel contenuto scaturiscono. Diversa è la prospettiva junghiana. Jung dice a proposito del problema: « ...la cosiddetta facciata del sogno non rappresenta affatto un inganno o una deformazione illusoria, ma corrisponde invece all'interno, e spesso senz'altro lo rivela: l'immagine onirica quale si presenta corrisponde senz'altro all'« interiorità » del sogno e ne contiene l'intero significato » (56). In un recentissimo numero dell'« International Journal of Psycho-Analysis », lo psicoanalista Jacob Spanjaard dice: « Io credo che se noi esaminiamo attentamente il contenuto manifesto del sogno, troveremo che in quasi tutti i nostri pazienti si presentano sogni nei quali la caratteristica del conflitto può essere individuata già nel contenuto manifesto » (57). E ancora: « Sorprende davvero il fatto che molti psicoanalisti siano in grado di interpretare un sogno direttamente dal contenuto manifesto, senza associazioni, soprattutto se conoscono bene il paziente » (58). Si potrebbe pensare che nel saggio ora citato ci sia un riferimento a Jung. Ma non è affatto così. E ancora una volta mi sembra utile citare P. F. Galli: « La separazione tra scuole, d'altro canto, ha spesso rappresentato l'autorizzazione implicita a non leggere la produzione di scuole differenti: un'analisi bibliografica dei lavori psicoterapeutici permette a chiunque di constatarlo. La appartenenza a un gruppo comporta il diritto alla incultura » (59). Comunque, ripeto, l'approfondita esperienza clinica porta a considerazioni che si

(55) F. Fielder, The concept of the ideal therapeutic relationship. J. Consult. Psychol., 1950, 14.

(56) C. G. Jung, La realtà dell'anima. Astrolabio, Roma, 1949.

(57) Jacob Spanjaard, The manifest dream content and its significance for the interpretation of dreams. The International Journal of Psycho - analysis, Vol. 50, 1959, Part 2. (58) Jacob Spanjaard, Ibidem.

(59) P. F. Galli, citato.

distaccano da certe premesse iniziali giuste, ma senz'altro incomplete.

Ritorniamo al problema della relazione paziente-analista. Sostengo la necessità di discutere con il paziente i nostri sogni, le fantasie e i pensieri consci che lo riguardano direttamente, nella stessa misura in cui pretendiamo ciò dal paziente. Sia chiaro che questo non significa trovarsi in una situazione di parità: la posizione di preminenza e di forza dell'analista non sarebbe reale se risiedesse solo nel fatto che il paziente non conosce nulla di lui e della sua vita privata. Quella posizione risiede invece nell'integrità psicologica del terapeuta e nella sua capacità di competere continuamente con l'inconscio. Si tratta di una caratteristica essenziale, non formale. Ma d'altra parte è anche chiaro che nel momento in cui l'analizzando sollecita certe reazioni nell'analista, in quel momento l'analista entra nel gioco con un suo problema personale « che si insinua nel rapporto con crescente evidenza ». Proprio questo inevitabile meccanismo ha causato l'elaborazione del concetto di transfert, strumento di estrema efficacia, ma, come sottolineato da Szasz, capace di distruggere l'analisi stessa. (Se lo si usa prevalentemente dal punto di vista « difensivo »).

Che cosa insegna la nostra esperienza clinica? Non tutti i pazienti hanno significato per l'analista. Soltanto alcuni significano qualcosa per lui, occupano i suoi pensieri ed il suo inconscio. Io credo che un procedimento analitico sia possibile solo con questi pazienti. Anche se l'evidenza ci insegna che soggetti di scarso significato per l'analista ottengono buoni risultati terapeutici, sono tuttavia convinto che, molto probabilmente, quei soggetti avrebbero raggiunto un migliore livello psicologico con un altro analista per il quale assumessero maggior significato. Come ho detto in precedenza, il valore di un rapporto analitico è dato dalla possibilità di reciproche proiezioni. Può quindi scaturire una regola generale: « un analista non dovrebbe prendere in analisi quei pazienti che, dal suo punto

di vista soggettivo, gli sono scarsamente significativi, non consentono cioè reciproche proiezioni ». Comunque è bene precisare che le proiezioni dello analista sono le più importanti, in quanto da esse dipende in maggior misura la possibilità dello svolgimento analitico. Il terapeuta infatti, in conseguenza del suo proiettare, trova nei casi favorevoli un « gancio » immediato nella personalità del paziente, e, tramite questo gancio, può leggere in sé stesso e « comunicare » affettivamente. Mi sembra questa l'unica condizione perché un paziente influisca realmente sulla complessità psichica dell'analista, smuovendolo e sollecitando reazioni affettive che sono le uniche senz'altro valide per la comprensione del soggetto. Ciò che il paziente vivrà nei riguardi dell'analista, come già detto, non sarà soltanto condizionato da comportamenti infantili « trasferiti », ma anche dalla vera personalità dello analista, il quale dev'essere capace di reagire allo impatto dell'analizzando senza difendersi dietro lo assunto del transfert. Qualsiasi pensiero, sogno o fantasia che l'analista ha del suo paziente, in certo qual modo, appartiene al paziente, perché questi è stato capace di suscitare simili reazioni. Appunto perciò — se le circostanze lo permettono — sono solito comunicare all'interessato questo materiale psicologico, di qualsiasi natura esso sia: diciamo, tanto per intenderci, negativo o positivo. E qui può essere sollevata un'obiezione: chi garantisce che tali reazioni non appartengano alla problematica dell'analista, non sufficientemente analizzato? Io credo che quest'argomento sia un lucchetto per chiudere la bocca a chiunque avanzi qualche proposta scaturiente dall'esperienza diretta. In altre parole, sembra si voglia presupporre che un analista « perfettamente analizzato » debba, nelle sue esperienze, concordare del tutto con le premesse iniziali della corporazione psicologica di cui fa parte. Questo mi pare un assurdo che non ha riscontro in nessuna altra scienza. Noi dobbiamo ammettere la possibilità che l'analista sappia quel che fa, che sia cioè integro e conscio, almeno nei limiti consentiti

(60) Otto Fenichel, Problems of Psychoanalytic technique. The Psychoanalytic Quarterly, New York, 1941.

dalla sua struttura psichica. Del resto un autore ortodosso come Otto Fenichel dice: « Bisogna essere elastici nell'applicazione di qualsiasi regola tecnica. Tutto è permesso quando se ne conosce il perché. (Everything is permissible, if only one knows why) » (60). E tale raccomandazione riecheggia in modo impressionante il detto non canonico: « se sai quel che fai, sei beato; se non sai quel che fai, sei maledetto ».

Una delle più grandi difficoltà delle teorie analitiche è che la loro comunicazione non può prescindere dal carattere prettamente personale — unico e irripetibile — delle esperienze che muovono a formulare tali teorie. D'altra parte il giovane terapeuta ha assolutamente bisogno di vedere concretizzata nei casi clinici la sostanza di certe idee ed implicazioni teoriche. Tenterò dunque, pur conoscendo i limiti di ogni esposizione del genere, di portare qualche esempio che illustri il senso delle mie formulazioni.

Una giovane paziente di ventitré anni, insegnante di lettere, sofferente di vaginismo ed incapace di intrattenere rapporti con il mondo data la sua timidezza ed il suo complesso di inferiorità, era in trattamento analitico da quasi cinque mesi. Il motivo che l'aveva spinto a cercare la terapia era stato un insuccesso sentimentale. La mia reazione nei suoi riguardi era positiva. A livello archetipico, il desiderio della paziente d'essere protetta e « guidata » costellava il mio archetipo di padre buono e consolatore. Tutto il trattamento sembrava non poter prescindere da tale dimensione. Sul nostro rapporto però gravava una lamentela continua della paziente:

ella si doleva della « freddezza » dell'analista che, secondo lei, non riusciva a darsi interamente. Questa sensazione impediva alla ragazza di abbandonarsi ed esprimersi al massimo delle sue possibilità, anche se, per ammissione della stessa paziente, il suo modo di sentire e di comportarsi nell'analisi era di gran lunga più libero rispetto a quello da lei tenuto nel mondo esterno. Il giovane clinico sente

spesso dire che l'analista è sempre in analisi: questa è una realtà, ed il suo senso profondo sta nel fatto che ogni percezione che il soggetto ha del terapeuta, per quanto intrisa di proiezione, coglie sempre il vero. Avrei potuto ribattere alla paziente che la freddezza da lei percepita in me non era altro che la sua freddezza proiettata, ma sentii disonesta tale scappatoia: perché ormai avevamo già acclarato da tempo — e la sintomatologia della ragazza era del resto evidente — che appunto la mancanza di calore umano era la sua maggiore difficoltà. La posizione più utile (e più umile) in simili casi è di accettare, da parte del soggetto, la percezione di un lato della nostra personalità, e su questo lavorare, perché in circostanze del genere il paziente diventa il nostro analista. Dovevo perciò riconoscere, di fronte a me stesso e alla ragazza, che almeno in parte mi stavo difendendo da lei. (E qui va notato che, nel rapporto analitico, i motivi di un'eventuale difesa del terapeuta possono ridursi generalmente a due: o si teme l'aggressività o la seduzione. Per quanto, al limite, il vero pericolo potrebbe ridursi soltanto all'aggressività: la seduzione infatti, in molti casi, non è che una forma mascherata di aggressività). Dovevo dunque riconoscere che la situazione transferenziale, dato il tipo « dipendente » della ragazza, mi faceva davvero tenere un atteggiamento cauto e riservato, in contrasto con il mio consueto modo di fare. Non nascondevo a me stesso e a lei che l'accusa di freddezza, essendo insolita, mi colpiva in modo particolare; in altre parole, non mi era facile riconoscermi nella dimensione in cui ero stato collocato. Devo confessare che questo problema assunse per me una notevole importanza, e cominciai a tenerlo ben presente anche nel lavoro con gli altri pazienti: soprattutto ero vigile alle loro osservazioni di carattere transferenziale. In questo frattempo ebbi un sogno la cui protagonista era proprio la paziente in questione, Mi trovo sulla luna. So che si tratta di una regione arida. Ma ecco che, con mia somma meraviglia,

scopro l'esistenza di moltissima acqua, tanta che si sono perfino potute preparare immense risaie. Mi ritrovo di colpo nella piazza principale della mia città. Devo, insieme alla paziente, prendere un autobus. Lei però non sale perché è dispiaciuta del fatto che io le dedichi sempre poco tempo. Poi ci ripensa e con una gran corsa riesce a prendere l'autobus che già si stava muovendo. In quel momento, un vecchio brutto e sporco comincia a darle fastidio, lo intervengo ed allontano il vecchio. La paziente si siede accanto a me ed il viaggio ha inizio.

Al risveglio, il nesso fra il sogno e la situazione analitica fu immediato. Innanzi tutto dovetti notare che il mio inconscio si era servito di **quella** persona e non di un'altra: era cioè innegabile, a livello oggettivo, che veniva posto in discussione proprio il mio rapporto con la paziente, e, per di più, con particolare riguardo alla mia presunta freddezza. Ai fini curativi e dell'orientamento psichico della paziente, il significato oggettivo del sogno era con ogni probabilità il più utile; ma questo non è del tutto sicuro: anche il significato soggettivo (che si riferisce alle trasformazioni e ai dinamismi inconsci dell'analista) poteva essere in egual misura importante, dato che proprio quella paziente era stata « scelta » dall'inconscio come figura d'Anima: e perciò una discussione sul significato soggettivo si sarebbe forse rivelata utile non solo per me, ma anche per lei.

Ad ogni modo affrontai con la paziente solo il livello oggettivo del sogno: glielo raccontai in tutti i dettagli e le dissi che, secondo me, l'acqua nella zona arida ed il mio intervento sull'autobus mettevano in luce una mia disposizione abbastanza diversa da quella che lei percepiva, sebbene l'aridità della luna potesse ben rappresentare il modello a cui, per difendermi, mi andavo conformando.

A distanza di oltre sei mesi dalla seduta in cui comunicai il mio sogno, l'unico relativo alla paziente, posso affermare che la mia iniziativa di offrire alla donna non una rassicurazione verbale (gli analisti

esperti sanno che tali assicurazioni non servono a nulla), ma l'esposizione del mio inconscio, ha mutato profondamente i nostri rapporti. Aprirsi in tal modo è in definitiva, per l'analista, un esercizio di sincerità, perché egli non saprà mai in anticipo cosa il suo inconscio potrà manifestare. Ed anche il paziente, stimolato dall'esempio, imparerà ad esporsi all'inconscio con la medesima « apertura » di colui che lo guida nel viaggio.

Un giovane di ventun anni, studente universitario, aveva iniziato il trattamento analitico perché affetto da una grande timidezza che lo faceva arrossire anche nelle situazioni più normali. Dopo le prime sedute fui colto, nei riguardi del ragazzo, da una noia mortale. Al solo ricordarlo, mi veniva da sbadigliare; e non mi era mai capitato di dover fare tanta fatica per seguire i discorsi di un paziente. Non riuscivo a stare attento che per pochi minuti. Decisi di comunicare il mio stato d'animo al paziente, descrivendogli tutte le sensazioni che provavo, la mia noia e la mia incapacità di interessarmi a lui. Io parlavo e il giovane diventava sempre più rosso, sorrideva, anche se, come mi disse più tardi, quel sorriso gli faceva male. Era anche vero però che in quel momento, per la prima volta da quando conoscevo il ragazzo, mi interessavo a lui ed era emerso un « appiglio » emotivo sul quale discutere. Il giovane clinico può capire che in quella seduta, subito dopo aver esposto il mio stato d'animo, non mi annoiai; avevo messo, come si suol dire, « le carte in tavola ». Il paziente mi disse di sentirsi divorato dal di dentro, e di sapere terribilmente vera la sua capacità di annoiare il prossimo. (In seguito l'analisi chiarì che egli tendeva inconsciamente a infastidire proprio per evitare che la gente si interessasse a lui: e ciò per paura che potesse venir scoperta una sua latente tendenza omosessuale).

Nel nuovo rapporto di comunicazione fra paziente ed analista, il paziente acquista un senso della realtà che non ha confronto con quello « one way »

creato dall'analista che « interpreta » soltanto. Un tale analista ha innanzi i derivati dell'inconscio e, volente o nolente, tratta come un fantasma la persona che gli è innanzi. In altre parole, all'uomo che confronta, non ha « nulla da dire », nel significato più letterale possibile. E' chiaro che una comunicazione dell'attività psichica sia conscia che inconscia dell'analista va fatta per gradi. Non avrebbe alcun senso comunicare immediatamente i propri pensieri ad un paziente che si vede per la prima volta. Ma viene un momento in cui l'analista esperto si accorge che l'Io del paziente è sufficientemente forte per integrare, nel complesso della sua personalità, l'incontro con l'analista.

Questo momento può verificarsi molto presto o mai. In quest'ultimo caso, però, io penso che l'analista avrebbe fatto bene a mandare il paziente ad un altro collega. La conseguenza pratica del comportamento che sto suggerendo è che l'analista non può più difendersi dietro il transfert. Uso il verbo « difendersi » perché rende perfettamente l'idea che ho in mente. Nel momento in cui accetta realisticamente il paziente, tenendo conto delle sue distorsioni nevrotiche, l'analista deve entrare nel gioco realisticamente, e deve manifestarsi nella stessa misura in cui richiede che si manifesti il paziente. Se l'analista « sente » che non può farlo, allora sostengo che non è il terapeuta adatto per quel paziente. Ed è appunto questa la condizione in cui lo analista si serve del transfert per nascondersi al paziente, ai colleghi e, « last but not least », a sé stesso.

Io credo che un comportamento diverso, vale a dire lo stabilire una corrente di reciprocità fra analista e paziente, è la condizione essenziale perché la psicologia del profondo non si autodistrugga.

Ed in fondo che cosa voleva dire Freud, affermando che il medico, nello svolgere il ruolo di uno che sta all'esterno, fa uso di una componente dello amore? Non certo voleva testimoniare la fuga dietro il transfert. « Accanto alle esigenze della vita, l'amore è il grande educatore... esso ci fa rispettare

le cose necessarie » (61). Perché il paziente senta e viva una simile dimensione, l'analista non può essere un fantasma. Jung, di fronte allo stesso problema dell'amore cita i Corinzi (62): «l'amore soffre ogni cosa e sopporta ogni cosa ». E non ha altro da aggiungere.

(61) S. Freud, Some character-types met with in psycho-analysis. Standard Editio, Vol. XIV.

(62) C. G. Jung, Ricordi, sogni e riflessioni, Il Saggiatore, Milano, 1965.