

Alcune implicazioni del transfert*

Marvin J. Spiegelman, Beverly Hills

Nel suo articolo sul transfert, C. A. Meier (1) ha indagato una zona oscura e piena di interrogativi, proponendo alcune teorie che mi sembrano decisive per la loro chiarezza e che collimano ampiamente con la mia esperienza.

Nel mio scritto desidero riprendere queste idee incrementandole con alcune implicazioni che reputo di vasta portata e tali da gettare un po' di luce sugli attuali problemi della pratica e dell'addestramento psicoterapeutico.

Meier considera l'analisi come un rapporto tra due partners **a** e **b** che, nello svolgimento del lavoro e a causa della sua specifica natura, sono influenzati da un terzo fattore **C** (l'inconscio) che entra nel gioco: fin qui non si tratta di una novità, ne v'è qualcosa su cui potrebbero essere in disaccordo analisti di opposte correnti. Ciò che nella proposta di Meier rappresenta qualcosa di nuovo, è l'osservazio-

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

ne che nel rapporto soggetto-oggetto l'analista **a**, analizzando sempre più a fondo e intimamente il suo partner **b**, presto scopre che la distinzione fra soggetto e oggetto, fra sé stesso e il paziente, diventa confusa. Come si insinua sempre più nell'oggetto, l'analista scopre che, per quanto riguarda i propri complessi, non può più distinguere fra ciò che gli appartiene e ciò che appartiene al paziente. Questa condizione è assai efficace per l'attivazione dell'inconscio collettivo. Inoltre, la caratteristica di **C** (l'inconscio) è che, in verità, appartiene ad ambedue i partners. Ritengo che Meier abbia colto nel segno attribuendo l'attivazione dell'inconscio collettivo proprio allo sforzo dell'analista per capire ed aiutare il suo paziente.

Quando si cominciano a considerare le proiezioni vicendevoli, dobbiamo ammettere che esiste sempre il « gancio » della persona su cui si proietta, sia essa a o b. Meier conclude che i motivi per cui l'analista ha bisogno di essere analizzato prima di condurre un'analisi, sono appunto questi: conoscere sé stesso e i « ganci » nel modo migliore possibile; d'altra parte, ciò che è ugualmente importante, il processo analitico spinge l'analista a continuare il lavoro su sé stesso, oltre che sul paziente.

Meier dimostra che quando prevale questo stato di attivazione dell'inconscio, esiste una relazione simmetrica fra i due partners. Riconosce che non tutte le relazioni terapeutiche hanno questa simmetria. Molte sono del tipo tradizionale, asimmetrico, in cui l'analista mantiene una netta separazione fra sé e il paziente. Si può notare che, da un simile processo, l'analista emerge senza che sia avvenuta alcuna trasformazione nella sua personalità. Nella mia esperienza il tipo simmetrico di interazione si verifica piuttosto frequentemente, per lo più sempre nelle analisi di lunga durata, ma a volte perfino negli incontri di poche sedute. Le implicazioni di tali fenomeni sono vaste. Per prima cosa, si mettono in discussione quei metodi e quegli atteggiamenti dell'analista che tendono ad evitare il coinvolgimento soggettivo con i pazienti. Sia che usi il metodo dello « schermo »

sedendo dietro il lettino dell'analizzando, sia che gli sieda di fronte, l'analista non può realmente penetrare nella psiche del suo partner senza urtare contro i propri complessi irrisolti e la confusione fra ciò che appartiene al paziente e ciò che appartiene a sé stesso; se in tali circostanze opporrà una resistenza tenace alla comprensione della situazione e di sé stesso, allora o non attiverà l'inconscio nella sua forma più profonda o richiederà che il paziente sopporti da solo tutto il peso dei contenuti attivati.

E' proprio quest'ultimo punto che mi ha aiutato a capire perché il materiale descritto da Jung non trova facilmente una verifica fra gli psicoterapisti: non si imbattono in quel materiale, io credo, perché rifiutano di vivere le implicazioni del loro coinvolgimento. Naturalmente una posizione così estrema è, con molta probabilità, piuttosto rara, perché in genere gli analisti sono alquanto coscienti del problema chiamato «controtransfert ». Ma i freudiani, nel complesso, giudicano fastidioso questo problema, e, almeno da un punto di vista tradizionale, lo ritengono conseguenza di un'insufficiente analisi del terapeuta. Fenichel (2), per esempio, sostiene che il principale compito nel transfert è quello di non « stare al gioco ». E' d'accordo che non è possibile essere esclusivamente uno specchio per il paziente, ma lascia cadere il problema dopo una breve discussione sul fumo! E' anche vero che molti freudiani si sono allontanati da queste posizioni estreme, ma, per quanto posso capire, perfino adesso le reazioni controtransferenziali sono da loro intese come qualcosa da usare, un mezzo che indichi al terapeuta i complessi che il partner gli sta attivando, ma senza dubbio qualcosa da non rivelare al paziente. In altre parole, gli analisti devono avere una psiche sterile o almeno asettica, che lavora come un bisturi nello sbrogliare i complessi e le difese dell'analizzando.

Questo modo di procedere, sostengo, o preclude l'apparire dell'inconscio collettivo o forza il paziente, come l'oggetto malato del chirurgo, a portare tutto il « dolore », mentre l'analista pro-

(2) Otto Fenichel, Problems of Psychoanalytic Technique. The Psychoanalytic Quarterly, Inc. Albany, New York 1941.

tegge sé stesso e il partner da qualche proprio complesso non risolto.

Gli junghiani, in genere, non sono così timorosi nel rivelare le loro reazioni. Sono inclini a farlo per umanizzare il processo, e sanno anche che gli archetipi si celano dietro intense reazioni e che l'analista, come il paziente, è vittima di questi fattori.

In pratica, secondo la mia esperienza, gli analisti junghiani riveleranno qualcosa del (oro passato, reagiranno emotivamente e saranno coinvolti nella misura in cui il paziente potrà sopportarlo, ma l'apertura sarà tuttavia limitata.

Per esempio, gli junghiani non rivelano le loro fantasie o desideri, ne riconoscono la loro ombra con piacere (sono spinti a farlo solo se un sogno sembra insistere sull'argomento o se un paziente lo impone).

Ma, fatto ancor più importante, non tentano di analizzare la situazione transferenziale com'è nella realtà. Noi junghiani, come i freudiani o i sullivaniani, possiamo evidenziare il fatto che il paziente vede in noi il padre, il salvatore o qualche altra persona; ma quanti, per esempio, rivelano al partner il bambino che in noi ha bisogno dell'atteggiamento paterno o materno dell'analizzando? Non l'ho mai sentito dire, sebbene, con la mia esperienza, sospetto che ciò avvenga. Gerhard Adler (3) ha affermato che l'analista deve avere un Eros impersonale, non egoistico, protettivo, per aiutare il paziente. Da parte mia, mi oppongo decisamente a tale affermazione e penso che, se Adler ha un atteggiamento del genere, si è identificato con lo archetipo positivo della madre. Questo è piacevole, non c'è dubbio, per i pazienti che hanno bisogno del «maternage»; ma se una paziente ha bisogno di sviluppare la propria funzione materna — tanto per fare un esempio — le sarà permesso di sperimentare la sua esigenza in una simile relazione analitica? Ne dubito, perché ella sarà troppo impegnata nel subire il maternage. Ritengo che il punto di vista di Adler rappresenti soltanto il contrario

(3) Gerhard Adler, On the question of meaning in psychotherapy. Spring, 1963, New York.

di ciò che abbiamo criticato ai freudiani, vale a dire la loro identificazione col padre. Quest'ultimo atteggiamento, come abbiamo constatato, richiede che il paziente sopporti da solo la pressione dello inconscio; l'atteggiamento di Adler non è altro che il contrario: è l'analista a sopportare da solo tutto il peso. In entrambi i casi, l'analista o il paziente, o tutti e due, vengono posseduti dall'inconscio collettivo e subiscono l'effetto dell'inflazione.

L'esperienza mi insegna che molti soggetti, se non tutti, raggiungono una genuina relazione Io-tu, in cui si ottiene una reale eguaglianza: in tali condizioni diviene irrilevante qualsiasi suggerimento su come dovrebbe essere l'analista: egli è semplicemente ciò che è, con il suo male e il suo bene, saggezza e cecità, ombra e luce, proprio come il paziente. Ed è a questo punto, credo, che senza equivoci ha inizio un'analisi junghiana orientata verso il processo di individuazione, per cui il materiale descritto da Jung nel suo libro sul transfert (4) ha la possibilità di venire alla luce. Le soluzioni raggiunte sono necessariamente individuali. Penso che, perchè questo processo si sviluppi, l'analista debba rinunciare alla sua autorità e perfino al desiderio di non esporsi: altrimenti la reciprocità non ha luogo.

Forse molti analisti junghiani saranno d'accordo con me, ma altri potrebbero dire che « soltanto pochi pazienti hanno bisogno di questo », in quanto molti richiedono l'atteggiamento tradizionale o qualcosa del genere. Ho constatato, al contrario, che molti dei miei pazienti, alla fine, richiedono questa reciprocità, quando addirittura non la esigano al principio. In breve, ho scoperto che il bisogno dell'individuazione esiste praticamente in tutti quei soggetti che vedo per molte interviste, e, con una certa frequenza, anche in quelli che vedo in modo saltuario. Non mi è chiara la diversità fra la mia esperienza e quella dei citati colleghi.

A me piace sottolineare, comunque, l'idea dell'uguaglianza. Se le cose stanno così, non c'è alcun motivo per cui l'analista debba avere il diritto

(4) C. G. Jung, *Psicologia del transfert*. Il Saggiatore, Milano, 1962.

di impersonare l'Eros materno. Ho scoperto in questa identificazione inconscia mi faceva provare molta stanchezza alla fine della mia giornata lavoro. Penso inoltre che la lamentela molto comune fra gli analisti, a proposito della stanchezza, possa basarsi su tale identificazione. Identificarsi tutto il giorno con « la madre buona », spinge a diventare una «madre martire» e porta a far conoscere tutta la misura della propria sofferenza. E' meglio secondo il mio parere, riconoscere quando capita il proprio disagio, noia o addirittura ostilità al paziente, e poi analizzare la cosa insieme a lui. Soltanto così il terapeuta può capire davvero se sua reazione gli appartiene, o appartiene invece al paziente o ad ambedue; soltanto così potrà essere superata. Inoltre ho sperimentato che si può effettivamente imparare dai vari soggetti, e ciò che si impara non sono le nozioni che si trovano nei libri e negli articoli. Per imparare bisogna sentirsi pronti a sottomettersi agli altri e ad esporre la propria ignoranza. Il paziente è anche scolaro e insegnante, analizzando e analista.

In breve, è necessario riconoscere **C**, così Meier lo chiama, e riconoscere che l'inconscio avendo un effetto su ambedue i partners nel medesimo tempo. L'analista è perciò, volente o nolente coinvolto in quanto essere umano, e, al pari del paziente, deve entrare in contatto con la psiche obiettiva. In altre parole, una volta compromesso e senza chiusure verso ciò che sta accadendo, e è in analisi quanto il paziente. Ma cosa intendiamo con questo? E' il rapporto, a causa della sua simmetria, veramente un rapporto di uguaglianza? l'analista ha bisogno dell'analizzando così come quest'ultimo ha bisogno dell'analista? A simili domande cruciali non si può rispondere con facilità. Torniamo per un momento alla formulazione che Meier fa del processo simmetrico. Egli parla (5) dell'oscillazione che ha luogo fra i due partners: « Quando le cose vanno bene e a e b sono in fase, si dà vita ad una oscillazione; quando le cose non vanno bene, si ha come conseguenza un'in-

(5) C. A. Meier, citato 1959.

terferenza distruttiva che restringe la personalità; un effetto del genere si verifica, sfortunatamente, in non pochi rapporti analitici, ciò che fa capire bene il concetto del carattere totalistico della situazione ».

Posso presentare un sogno che illustra in maniera efficace il simbolismo del carattere oscillatorio: una paziente sognò che un uccello stava tessendo una rete intorno a me e a lei quando le cose andavano bene, ma quando ero « fuori » (riservato, troppo obiettivo) l'uccello continuava a tessere questo filo solo intorno a lei, ma con l'effetto di strozzarla e intrappolarla e, se non fermato, l'animale l'avrebbe uccisa. Tale simbolo testimonia il fatto a cui si riferisce Meier quando dice che la sua esperienza conferma come Eros sia « un potente demone ». Questo sogno rivela che, in quella particolare fase, la paziente aveva dell'analista un bisogno maggiore che non viceversa; altrimenti il medico non si sarebbe appartato (benché si potrebbe dire che egli non era conscio dei suoi bisogni quanto la paziente era conscia dei propri). Ma il desiderio dell'analista di aiutare, di tirar fuori la donna da quel terribile stato, lo condusse direttamente nella rete. Così, attraverso la stessa relazione simbolica, si venne incontro a diverse esigenze. Il desiderio « erotico » di ambedue fu in tal modo soddisfatto. Ritengo che spesso avvenga proprio così: la medesima relazione o simbolo soddisfa i due partners e colma i rispettivi bisogni; la qual cosa significa che diversi bisogni sono soddisfatti in una sola maniera. Attraverso il reciproco confronto, ambedue, analista e paziente, sono costretti a vedere sé stessi e l'altro come realmente sono. Simili esigenze e condizioni non possono essere catalogate sotto nessun « dovere » o standard collettivo. Proprio esperienze di questo tipo ci aspettiamo dai nostri pazienti e, di conseguenza, dobbiamo prendere anche noi la nostra medicina.

Meier rileva che all'inizio del processo l'analizzando è tolto da una situazione stagnante e precaria, mentre l'analista è tolto da una condizione

stabile; ciò avviene in conseguenza del carico emotivo delle immagini archetipiche attivate: da qui deriva una trasformazione della personalità per cui ambedue subiscono un mutamento.

Da cosa ha origine la stabilità dell'analista? Ovviamente dal suo continuo lavoro con l'inconscio. Penso che il bisogno fondamentale dell'analista, come si può rilevare nella situazione analitica, è avere a che fare con l'inconscio, suo e di altri; questo sembra essere il tratto comune nel processo di individuazione di ogni analista. La conseguenza è che il terapeuta è sempre in analisi, per di più con molte persone (tutti i suoi pazienti), così che diventa un « esperto » in questi incontri, conosce molto e può rimanere man mano più stabile, nonostante le pressioni. I suoi bisogni analitici sono inoltre soddisfatti da diverse e molteplici fonti, in modo che, di solito, egli non dipende da un singolo partner nella stessa misura in cui il partner dipende da lui. Questo, naturalmente, va detto soltanto in generale, perché, in qualsiasi momento e in qualsiasi attivazione di complessi, il bisogno dell'analista per un particolare paziente può essere intenso quanto quello del paziente, o addirittura maggiore. Quest'ultima situazione sembra essere il grande spauracchio degli analisti. Ho scoperto, comunque, che il riconoscimento di ciò che avviene è un elemento importante e serve a umanizzare il rapporto. Anziché costituire un peso per il paziente, tale riconoscimento da parte del terapeuta dà al soggetto una sensazione di genuina importanza ed aumenta il valore dell'analista, fatto che non dev'essere sottovalutato. Naturalmente sorge il problema di come comportarsi di fronte ad una simile evenienza, problema che riguarda tanto lo analista che l'analizzando. In effetti, l'indipendenza e la stabilità del terapeuta, e la sua mancanza di bisogno di quel particolare paziente, possono dar vita ad una di quelle « interferenze distruttive » di cui parla Meier. Ritengo che sia il reciproco bisogno personale, individuale, dei due partners, a servire come bilanciamento opposto al materiale collettivo-

vo e impersonale che sorge dall'inconscio. Si può comprendere come l'uguaglianza consista nel reciproco soddisfacimento dei bisogni, in primo luogo quelli relativi al processo di individuazione, in quanto tale processo ha effetto su ambedue.

Spinto ripetutamente a considerare osservazioni e riflessioni del genere, in qualche caso ho deciso di abbandonarmi a quest'esigenza di « apertura », seguendo la corrente dei pensieri e delle immagini affioranti in me come nel partner. Un simile atteggiamento era necessario per riconoscere il mio personale coinvolgimento e per manifestare che cosa mi veniva in mente. Fino ad oggi, questa è un'esperienza standard per gli analisti junghiani. Ho constatato tuttavia di essere andato oltre, abbandonandomi alle mie reazioni perfino quando sembravano immorali, inopportune, di poco gusto o addirittura antiterapeutiche (da un punto di vista razionale); e senza dubbio qualche volta ho sbagliato. Del resto, mi aspettavo la stessa cosa dal paziente. Molto spesso le mie reazioni erano in sintonia con quelle dell'analizzando, ed è stato questo che mi ha incoraggiato a procedere su tale via. Quando si verificava un'esperienza reciproca, era possibile intuire a che punto stava la situazione transferenziale, e quindi interpretarla e portarla alla coscienza. Ma perfino quando reagivo io solo, ho potuto accertarlo, non era una gran perdita mostrarmi umano, limitato, con dei complessi. In altre parole, non rispondevo al paziente né allo inconscio collettivo, ma ai miei propri complessi. Per esempio, ricordo di aver rivelato una mia fantasia a una paziente, fantasia che conteneva materiale sessuale infantile; e scoprii, con disappunto, che le sue fantasie sessuali erano molto più adulte delle mie. Da quel momento, quando la donna com'era suo solito cominciava a disprezzarsi, a sentirsi distaccata, fuori posto, io fui in grado di farle notare che si sentiva in quelle condizioni semplicemente perché captava il mio stato infantile a proposito di quelle fantasie sessuali. Ed il captare infantilità nel suo analista, sia pure

in un solo settore, influenzava la paziente mettendola in una situazione di disagio e insicurezza, lo le chiarivo in questi termini il problema e, inoltre, le facevo notare che, almeno sotto un aspetto, ella si dimostrava molto più adulta di me.

Ciò fu molto utile per una persona che tendeva sempre a vedere gli altri superiori, e le risultò inoltre assai benefico per un'ulteriore apertura con sé stessa.

Il tipo di flusso che sto descrivendo, rammenta qualche volta le libere associazioni freudiane, ma è più completo perché le risposte dell'altra persona vengono tenute in considerazione. Forse si tratta di reciproche e vicendevoli libere associazioni che includono il dialogo. (A questo punto una piccola voce mi dice che potrei essere frainteso:

qualcuno potrebbe infatti pensare che sto proponendo una nuova tecnica o suggerendo che l'analista riveli al paziente ciò che accade dentro di lui, potrebbe insomma sembrare che io consigli proprio il contrario di ciò che Freud sosteneva. Spero che nessuno pensi questo: sono scettico di fronte a qualsiasi tecnica, e certamente non propongo tale contrario, ma piuttosto tento di descrivere un atteggiamento aperto nel quale l'analista possa essere più libero di quanto lo sia stato finora).

Seguendo la corrente dei pensieri e delle immagini, ho constatato che qualcosa sorgerà a interromperne il flusso, e mi sono accorto che pure quest'interruzione andava sottoposta ad analisi. Ho anche scoperto che ero capace di proporre un maggior numero di interpretazioni basandomi sulla realtà di quel che avveniva momento per momento. In ciò ho trovato un parallelo con l'esperienza di C. Frei (6), il quale ha evidenziato come un'efficace interpretazione dei sogni dipenda da un fattore irrazionale, il « momento significativo ». Il momento significativo è molto spesso la situazione transferenziale. Le migliori interpretazioni, credo, hanno origine da ciò che emana dalla situazione, dove ambedue sono nella stretta dello stesso complesso che sembra oscillare avanti e indietro. La

(6) C. T. Frey, Problems of dream interpretation. The Journal of Analytical Psychology, Vol. 7, N. 2, 1962.

più immediata implicazione di ciò è che il rapporto è di per sé « centrale », e che l'obiettività, individualità e comprensione desiderate, si sviluppano dall'effettiva esperienza piuttosto che dalla presunta conoscenza o obiettività (intellettuale ed emotiva) dell'analista. Non sono certo se Fordham (7) nei suoi scritti alluda proprio a questo, ma credo che egli tratti appunto le esperienze reciproche del transfert e la loro importanza.

Dopo aver sperimentato quanto già detto, sono costretto ad accettare completamente i contenuti della psiche così come descritti da Freud, Adler e Jung. Il modello più vicino al fenomeno della psicoterapia ci viene offerto dalle indagini di Jung sull'alchimia. Il processo è iniziato quando gli dèi scesero sulla terra, trasformandola in paradiso e inferno. Inferno di sessualità infantile, dominio, violenza, odio, risentimento, inerzia, caos e tutti i peccati mortali; paradiso dell'amore, reciproca comprensione, rispetto, valore, dignità, impegno, consapevolezza.

Sì, paradiso e inferno, gli opposti in tutta la loro gloria. E il problema per due ottenebrati esseri umani è di mantenere comunque la fiammella della coscienza in mezzo a quest'assalto; di proteggere sé stessi dal mondo restando aperti agli dèi, e proteggersi inoltre dagli dèi e l'uno dall'altro. Perché? Perché è così! Ma la verità completa diventa sempre più chiara perché il Selbst, autenticamente, si rivela e rivela la natura di entrambi: allora spesso ci difendiamo con etichette, titoli, e ci ripariamo l'un l'altro dietro lo scudo della proiezione. Nessuno vuole la « strega », ma essa a volte « sta alla base dell'amore », e diventa trasformante solo quando le sofferenze sia nascoste che manifeste sono riconosciute. Tutte le affermazioni secondo cui il guarire è un compito spirituale, tendente allo sviluppo della coscienza, si servono di una espressione troppo tiepida. Nessuno sa veramente cosa in effetti significhi, sebbene speriamo e ci auguriamo che l'esito del processo sia positivo.

Così sembra durante il lavoro. In genere i ri-

(7) M. Fordham, *New Developments in Analytical Psychology*. Routledge & Kegan Paul, London 1957.

sultati finali producono l'effetto positivo di sviluppare la coscienza e di migliorare le capacità di amore, ma di ciò non pare vi siano garanzie.

Nonostante gli ostacoli e i pericoli, questo tipo di lavoro sembra di un'impellente necessità per non pochi pazienti, per non parlare degli analisti. Se sia presente la spinta interna verso l'individuazione, come sembra che pensi Jung, non saprei dirlo. Credo comunque che l'importanza data a questo processo come un lavoro reciproco, nel senso più pieno del termine, vada man mano aumentando. E ciò forse per compensare il desolante stato dei rapporti nel nostro tempo.

Se questo è l'autentico carattere del lavoro analitico, e se il suo modello più specifico ci è offerto dall'opus alchimistico — come Jung ha dimostrato e Meier elaborato — sorgono ulteriori problemi e implicazioni riguardanti « chi » deve affrontare questo lavoro e come va strutturato il training. Vorrei dedicare la parte finale di questo articolo alla discussione di tale argomento.

I modelli più comuni della relazione analitica sono quelli medico-paziente e insegnante-allievo. Gli analisti hanno la tendenza ad assumere il primo piuttosto che il secondo. Ma fra molti psicoterapeuti (per esempio gli esistenzialisti) c'è stata una crescente insoddisfazione nei riguardi del modello medico-paziente. Lo psicoanalista Szasz (8) ha avanzato la critica più sensata: l'idea principale di Szasz è che il concetto di malattia mentale si riferisce a una condizione mitica, non esistente, basata su una falsa analogia con la medicina, e che il vero lavoro dell'analista è di aiutare la gente a fronteggiare i « fatti della vita ». La sua critica è valida, ma la prenderemo in considerazione solo per osservare che Szasz rifiuta il primo modello per accettare il secondo (presenterò successivamente qualche altra critica al punto di vista medico-paziente). Aiutare qualcuno a fronteggiare i problemi della vita rientra nell'immagine maestro-allievo. Tutti sappiamo che la relazione archetipica medico-paziente, come anche la relazione gurù-di-

(8) T. S. Szasz, Il mito della malattia mentale. Il Saggiatore, Milano 1966.

scepolo, è attivata di continuo nell'analisi. Sappiamo anche che un terapeuta competente dev'essere sempre in rapporto con ambedue questi modelli, altrimenti sarebbe limitato in modo irrimediabile. Ma anche altre relazioni archetipiche sono attivate; ne indico alcune importanti: padre-figlio, madre-figlio, i fratelli, gli amanti, tutti i tipi di relazione incestuosa, e poi le figure del salvatore, dell'eroe, ecc. Connesso a tali attivazioni c'è il problema di Eros. Questo è proprio ciò che fu scoperto da Freud e Jung. Nei nostri giorni, quando tutte le relazioni sono frettolose, interessate e prive di contenuto spirituale, non mi sorprende che l'analista debba puntare i suoi sforzi proprio su Eros, considerandolo il fattore più importante dello sviluppo umano. Si potrebbe, con eguale validità, rovesciare l'enfasi di Jung e dire che Dio si manifesta non solo dove ci si trova in due, ma anche in uno:

« fra Voi » oppure « in Tè ».

Se l'abilità dell'analista, uomo o donna che sia, è messa alla prova dal problema di Eros, come possiamo configurare il modello? In senso negativo si potrebbero proporre le immagini della prostituta o del gigolò, in quanto ci facciamo pagare per la nostra relazione analitica. Ma il modello può essere anche quello del sacerdote o della sacerdotessa che, servendo l'« Eros » (e anche il « Logos »), servono il Selbst.

Noi non siamo le divinità, ma (come Gerhard Adler sembra evidenziare) il non identificarsi con il Dio reca il pericolo dell'identificazione con la Dea. No... noi, come il paziente, siamo i benefattori o le vittime, e l'andamento delle cose dipende dai nostri errori e dalle nostre giuste intuizioni. Sono sempre molto scosso dal verificare che gli archetipi vogliono incarnarsi nel rapporto umano, come pure in quello dell'individuo con sé stesso, e penso che siamo fortunati nel vivere esperienze così importanti, anche se ci turbano. In questi tempi in cui la vita di tutti tende ad essere massificata, è una risorsa molto significativa che due individui partecipino quietamente di simili esperienze

dando ad esse il meglio e il peggio di sé. Ed è proprio questo « partecipare insieme » che solleva la mia principale obiezione al modello dottore-paziente.

Certo, in quanto junghiani, sappiamo che qualche immagine di Dio è sempre presente e va servita, lo si voglia o no. Se si è medici, si serve Apollo, come nella medicina cosiddetta « moderna », oppure Esculapio (9). Il « medico moderno » compreso il medico psicoterapista, è tecnicamente o-rientato, impersonale, spesso meccanico, perfino non conscio della sua profonda connessione con il fattore spirituale. I rari medici che hanno un atteggiamento spirituale, implicato dal loro servire Esculapio, sono di gran lunga più profondi, ma la loro obiettività, compassionevole o no, sembra ostacolarli nel sentirsi davvero « eguali » al paziente. Questa, penso, potrebbe essere la maggiore critica al modello di « incubazione » descritto da Meier (10). Alcuni fenomeni vi si manifestano, naturalmente, ma il modello non è abbastanza generale per includere la relazione di simmetria che Meier ha illustrato nel suo articolo.

(9) Sono grato al dr. Robert Stein di Los Angeles per la discussione di questi argomenti.

Un'altra critica al punto di vista medico-paziente, è stata fatta da James Hillman di Zurigo: egli mostra (11) come lo sforzo del medico per salvare ad ogni costo la vita e ridurre il dolore, gli fa perdere di vista la psiche. Così l'analista può dare medicine, L.S.D., e tutte le cure extra-analitiche che possono essere utili e perfino necessarie per la cura, ma in tal modo non si fa analisi nel senso dello studio e del servizio della psiche. Ulteriori critiche al modo d'essere del medico (autoritario, pragmatico, corporativistico) sembrano pure ben fondate; e tutte queste caratteristiche negative si possono ricondurre al modello medico-paziente.

(10) C. A. Meier, Antike Inkubation und modern Psychotherapie, Studies aus dem C. G. Jung - Institute I., Rasher, Zürich 1949.

(11) James Hillman, Suicide and the Soul. Hodder & Stoughton, London and Harper & Row, New York 1964.

il modello insegnante-allievo sembra ugualmente inefficace. Per quanto saggio sia un gurù, per quanto brillante e obiettivo uno scienziato, mancheranno sempre di umanità. L'insegnante e osservatore, secondo la tradizione, è al di fuori del suo oggetto di osservazione ed agisce su di esso, proprio

come il medico. La principale differenza è che lo scienziato-insegnante non vuole curare, ma conoscere o insegnare. Gli psicologi, in quanto effettivi rappresentanti di questo modello (al quale si uniformano anche molti medici analisti) sono criticati, giustamente credo, come troppo distaccati, impersonali, obiettivi e teorici. So molto bene come si sentono i giovani psicologi quando affrontano per la prima volta un paziente che dev'essere aiutato e non studiato: per loro è perfino un tabù toccare quell'essere umano! (Questo invece non è un problema per i medici). Mi sembra che ci vorrà del tempo prima che gli psicologi imparino a reagire semplicemente alla situazione e alla persona, con naturalezza e non con le teorie. Ho sperimentato tutto ciò su me stesso con molta frustrazione. Una ulteriore inadeguatezza del modello è resa evidente dall'osservazione che il vero scopo dello scienziato non è soddisfatto nella situazione analitica quando egli si mantiene distaccato: tutti coloro che hanno accresciuto in maniera significativa la nostra conoscenza della psiche, è perfino superfluo rilevarlo, sono stati medici profondamente immersi nel lavoro con i pazienti (Freud, Adler, Jung, Rorschach, per citare soltanto i pionieri).

In breve, per diventare analista, è necessario che i medici superino il loro essere medici e gli psicologi il loro essere psicologi. Ambedue debbono accettare ciò che l'uno offre all'altro. Insieme, i due modelli sono molto raccomandabili. Forse un equivalente per i tempi moderni è quello del vecchio sciamano. Ma penso che anche tale modello sia inadeguato. In sostanza tutti questi modelli — se presi isolatamente — nella migliore delle ipotesi servono una divinità maschile (il « Logos »). E la divinità femminile? Incarnarla sarebbe un grosso errore, specialmente per un uomo (e sarebbe sbagliato anche per una donna), ma trascurarla sarebbe un errore altrettanto grave. Ho l'impressione che noi junghiani siamo colpevoli quanto i freudiani nel presentare una psicologia patriarcale. Abbiamo la tendenza, nel nostro lavoro, a ritenere centrale

(12) Sono grato alla signora Jane Wheelwright, di San Francisco, per la discussione di questi argomenti.

l'intelletto piuttosto che il sentimento. Condividono simile impostazione, che considero sbagliata, non solo le nostre pazienti, ma, purtroppo, anche le nostre colleghe (12). In altre parole il principio femminile — Eros — non viene ritenuto il centro della vita; e, inoltre, si pensa che esso non possa integrarsi con l'Animus (il principio maschile nella donna). Eppure l'esperienza mi insegna che l'unione fra Eros e Logos è l'esigenza fondamentale tanto per gli uomini che per le donne: nell'individuo non esiste « conjunctio » fino a quando i due principi non siano vissuti almeno nella stessa misura.

Se tutto ciò è esatto, scaturiscono alcune implicazioni. Primo, l'analisi è, alla fine, un reciproco rivelarsi, e non dobbiamo aver riserve su questo punto. Secondo, la nostra richiesta che gli analisti siano prima medici o psicologi, è anacronistica, patriarcale; si tratta soltanto di una richiesta legata al ruolo, e non coerente con la realtà di quel che effettivamente accade e con ciò di cui si ha davvero bisogno. Tutti sappiamo che alcuni fra i migliori analisti non hanno laurea, oppure hanno lauree in scienze umane, che, dopo tutto, potrebbero rappresentare la migliore preparazione per un impegno « umanistico » quale è l'analisi. Terzo, i nostri programmi di addestramento devono essere condotti in modo da aiutare il futuro analista a fronteggiare questa realtà. Ci sono varie implicazioni che scaturiscono da quest'ultima osservazione. E' chiaro, la migliore preparazione per l'analista è la propria analisi, portata avanti per tutto il tempo necessario e con tutti quegli analisti didatti con cui poter utilmente lavorare. Possiamo anche pensare che il continuo impegno con i pazienti potrà spingere il terapeuta a riprendere una nuova analisi, o portarlo al punto in cui egli è « analizzato » dai pazienti, una condizione questa che soddisfa i suoi bisogni e contribuisce al suo sviluppo.

Inoltre dobbiamo approfondire maggiormente il problema del transfert nel nostro insegnamento e supervisione. Gli junghiani, in maggioranza, non sono

più nella situazione — descritta da Fordham (13) — del 1933, quando il transfert « era dato per scontato », ma, nonostante ciò, forse ancora non approfondiamo sufficientemente il problema. Un buon sistema pratico, secondo la mia opinione, è di considerare veri i sogni che il paziente fa sul terapeuta; l'analista deve trovare in quali punti sono veri, ammetterlo al paziente, e solo allora trattarli come proiezioni. Sono completamente d'accordo con Meier su questa procedura e ho avuto modo di sperimentare che l'effetto pratico è enorme.

Concludendo, vorrei ribadire la mia convinzione che — come una volta Jung disse a Freud — il transfert è l'alfa e l'omega del processo analitico, e che — come Meier ha osservato (14) — « qualsiasi progresso in psicologia, dipende soprattutto dalle possibilità di rivedere i vecchi concetti alla luce dell'esperienza che si è accumulata attraverso la loro attuazione pratica ».

(13) M. Fordham, Note sul Transfert. Rivista di Psicologia Analitica, Vol. 1, n. 1, marzo 1970.

(14) Meier, citato, 1959.

(Trad. di ALDO CAROTENUTO)

* Tratto da: « Spectrum Psychologiae » Rascher & Cie, AG, Zurich 1965.

Per gentile concessione dell'autore.