

Un rapporto particolare

Aldo Carotenuto, Roma

Essere calunniati e rimanere scottati dall'amore con cui operiamo sono questi i pericoli del nostro lavoro, a causa dei quali però non abbandoneranno certo la professione.

S. Freud, *lettera a Jung, del 9 marzo 1909*

Così come l'esperienza amorosa, anche l'esperienza analitica rimanda a *un passaggio nella morte*, assunta come metafora di un processo di trasformazione, la trasformazione mediante la quale il soggetto ristrutturata la propria personalità sulla base di una nuova dinamica intrapsichica. Muta il rapporto tra il complesso dell'Io e gli altri complessi, così che può mutare l'atteggiamento della coscienza nei confronti dell'inconscio, dell'altro da sé e del mondo. Balint (1) definisce «nuovo ciclo» il rinnovato assetto psichico del paziente che, con la elaborazione delle difese strutturate per poter amare «al riparo dall'angoscia», può finalmente espandere la propria capacità di amare e di godere più pienamente l'esistenza.

(1) M. Balint, «Analisi del carattere e 'nuovo ciclo'» (1932), in *L'amore primario*, Milano, Raffaello Cortina, 1991.

Così come la seduzione amorosa, avvertita come minaccia destabilizzante, può suscitare reazioni difensive, anche la seduzione dell'anima, il suo richiamo al cambiamento può generare angosce e resistenze nell'Io: la paura della distruzione della 'vecchia' coscienza arriva a bloccare lo sviluppo del processo. Perché inconsciamente ogni paziente sa che il processo curativo avviene tramite

la dissoluzione di quegli assetti interni, di quelle strutture difensive che costituiscono per lui, al presente, la base del suo, seppure fittizio, equilibrio. Gli elementi che hanno dominato fino a quel momento la vita dell'anima, devono dissolversi per fare spazio a nuovi sviluppi.

Questo processo di decomposizione in vista di una ricomposizione ignota fa molta paura: qualcosa deve morire, e con essa una parte di noi. Sembrerebbe che non ci sia nulla da perdere nel rigettare da sé quelle costruzioni, quegli abiti mentali, quelle difese che hanno ostacolato a tal punto lo sviluppo della persona da richiedere un intervento terapeutico. Eppure ogni identificazione con oggetti interni 'cattivi' o «eccitanti» (2), seppure patogena costituisce comunque un modello di adattamento al mondo, un modello identificatorio: 'soffro, mi affido sempre alla persona sbagliata, non riesco a innamorarmi, ho sempre 10 stesso incubo... *dunque sono*'. La coazione a ripetere che rinchiude l'individuo nel circolo karmico degli errori, delle ricadute, del 'destino negativo', diventa alla fine un modo di asserire la propria esistenza, la propria identità. Un modo di restare fedele al proprio fantasma, e di ottenere in cambio un bene vicario, l'illusione dell'amore, l'illusione dell'accettazione, l'illusione di esistere. Ed è difficile lasciar cadere le illusioni.

Il trapasso e la morte sono in primo piano nel processo analitico, e c'è una profonda affinità tra quella cerimonia rituale che è l'analisi e l'esperienza della morte così come ce ne parla la letteratura religiosa di ogni tempo, in cui la morte è il riconoscimento di un destino dal quale il credente non è annientato. D'altro canto è proprio in questo «sacro recinto» che nasce necessariamente una relazione *affettiva*, intendendo con essa l'attivazione da parte del paziente di tutte le forze erotiche a cui fa appello l'anima per cercare risposta ai suoi bisogni: amore, odio, fame, collera, idealizzazione, abbandono. La pressione erotica e la condivisione del sentimento d'angoscia animano l'interazione analitica e, come vedremo, in questi casi la seduttività del paziente è molto spesso un'arma di difesa per tentare di battere l'analista sul suo stesso terreno e con le sue stesse armi, insomma per vincere la paura di essere sedotto, *seducendo il seduttore*.

(2) W.R.D. Fairbairn (1952), *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Torino, Boringhieri, 1970.

Sempre, infatti, l'acquisizione di nuova coscienza e di nuova conoscenza di sé è collegata al senso di colpa, alla trasgressione, alla paura di *mettere a morte* l'«altro»: l'altra parte di sé che deve morire, l'abito vecchio, ma anche l'altro invisibile con cui si è identificati nel profondo, il genitore interno, separarsi dal quale diventa la più tragica delle evenienze. Perché è un 'lasciare l'altro al suo destino', lasciarlo 'riposare in pace', lasciarlo morire, in poche parole significa, per la coscienza afflitta e prigioniera, tradirlo. D'altro canto, quella autentica «discesa agli inferi» che è l'immersione nell'inconscio, inevitabile in un processo analitico, rischia di mettere definitivamente in crisi la già precaria, solo apparente unità della persona, costretta a confrontarsi con lo sconosciuto che ospita in sé, l'Ombra. Ha allora inizio il conflitto con questa parte di sé così difficile da accettare, un conflitto che può disorientare la coscienza e depotenziarla, fino a un 'ottenebramento della luce', suggestiva metafora junghiana. Questo passaggio nell'ignoto può essere a volte così tenebroso che il terapeuta diventa per il paziente l'unico appiglio a cui aggrapparsi con quella parte dell'io che, impegnata nell'alleanza terapeutica, non può distrutturarsi. Pur di sfuggire al confronto con l'Ombra, che costella la depressione e la colpa, si può anche 'agire' una seduzione nei confronti dell'analista, e vedremo in seguito come. Sin dagli inizi della sua professione, Jung sostenne che il 'transfert', la «traslazione erotizzata» avesse un senso e una finalità: esso poteva nascere da difficoltà a stabilire un contatto e un'armonia emotiva, dunque come tentativo inconscio di coprire la distanza che separa il paziente dall'analista. Quando non si scorge alcun territorio comune, sorge nell'analizzando, come ponte compensatorio, un sentimento appassionato o una fantasia erotica. Questo accade spesso in pazienti psicologicamente isolati, che temono di non riuscire ad essere compresi neppure dall'analista, e che tentano di propiziarsi le circostanze e la loro inconscia avversione con una sorta di corteggiamento.

La contiguità tra relazione di transfert e meccanismi di difesa, e in particolare tra quella varietà di transfert che sollecita maggiormente l'immaginario collettivo, la sedu-

zione erotica, è iscritta nel «mito originario» della coppia analitica. Si tratta, come molti sanno, della vicenda di Breuer e Anna O., dove Breuer, intuiva la natura del coinvolgimento reciproco e troppo turbato per potersi riflettere, preferì una fuga precipitosa e affidò la paziente alle cure di un suo giovane collega, Sigmund Freud. In questo caso, la difesa spontanea e irriflessa è del medico, che prende alla lettera i sentimenti della paziente, nella convinzione che essi si riferiscano alla propria persona e che si tratti insomma, di un innamoramento in piena regola. Costretto con ogni probabilità a difendersi anche da se stesso, Breuer non riesce a porre quella distanza dello sguardo che gli avrebbe consentito di indovinare, dietro quell'amore, l'ostinazione di un desiderio che ancora attende la soddisfazione a suo tempo negata. È Freud a scoprire il «transfert», vale a dire la natura tipica e caratterizzante la relazione analitica del profondo coinvolgimento del paziente. La difesa del transfert non è più agita, e Freud ripensa la stretta contiguità del transfert con le strategie difensive scambiate nel rapporto analitico. Infatti dirà che quegli *amorosi sensi* che la paziente rivolge all'analista rappresentano una resistenza a ricordare, una difesa dagli angosciosi ricordi e dai desideri negati che affiorano sulla spinta della disponibilità del terapeuta a prendersi cura di lei. In questo senso Freud parla del transfert come resistenza a ricordare e della tendenza a ripetere come nucleo della nevrosi. Anziché ricordare, il paziente rivive e ripete esperienze fondamentali per la costituzione della propria identità, e soprattutto modalità di relazione che la vita e il tempo hanno sclerotizzato, quasi che nulla di nuovo possa accadere, nuove domande per le quali cercare nuove risposte. Il paziente rende presente il passato - poiché il ricordo non è vissuto come tale - ma anche la realtà attuale del desiderio. Ferenczi dirà anche più chiaramente che la nevrosi è la passione per il transfert.

A chiarimento del concetto di transfert, Freud richiama la distinzione tra la ristampa di un testo letterario e la sua riedizione: è facile comprendere che quanto più la relazione analitica è vicina alla ristampa, tanto più esiguo sarà lo spazio a disposizione della relazione con l'anali-

sta nel suo essere un interlocutore reale e potenzialmente diverso dall'interlocutore immaginario del paziente. Con il lavoro di riedizione invece, l'autore riconsegna la propria opera alla storia, al tempo che muta gli uomini e le loro prospettive sul mondo. Grazie a questa cura, l'opera non è più solo testimone di un passato che in qualche modo essa stessa riduce, ma lascia che si colgano le tracce di una stratificazione, del suo esser viva. Il passato non è mai definitivamente consegnato, e la memoria è continuamente tessuta dal presente. Nell'esistenza nevrotica al contrario, la realtà è negata con le occasioni che essa offre.

Già Freud riflettendo sul transfert intuiva l'incerto confine al di là del quale sono le tracce di un passato mai congedato e di qua del quale è un presente che, seppure sbiadito, è pur sempre la cornice entro cui si rianimano personaggi e storie del passato. Perché il lavoro analitico è comunque anche funzione della qualità e delle caratteristiche dell'incontro di due personalità, una partita che entrambi si è chiamati a giocare. L'analista-specchio non solo è un'utopia, ma è un'utopia non necessaria. Restituire sempre e in ogni caso al paziente i propri vissuti, trasferirli è fonte d'incomprensione, alimenta le resistenze e la sfiducia del paziente. Ogni relazione transferale ha in sé elementi di realtà e viceversa ogni relazione ha in sé significati transferali.

Il paziente è in effetti al crocevia di molte richieste apparentemente contraddittorie, intento a mantenersi al centro di equilibri delicati, dei quali d'altra parte l'analista si fa in una certa misura garante. Gli si chiede di ricordare anziché ripetere e di prendere le distanze da una adesione alla realtà dei sentimenti di transfert, ma al contempo egli è invitato ad abbandonarvisi. Ospitando in sé sentimenti vivi e spesso urgenti, il paziente solo apparentemente si allontana dal recupero del passato poiché il suo immergersi e lasciare che le emozioni si presentino inevitabili e reali proprio è l'aprirsi un varco nel passato. Rivivere piuttosto che ricordare ha pertanto il senso di rendere prezioso e irrinunciabile per il paziente il lavoro dell'analisi. Ma lo stesso Freud ben presto comprese che il transfert non può essere univocamente interpretato come

una difesa: questa è una possibilità, non una legge, una lettura che può essere abusata dall'analista minacciato da una responsabilità troppo gravosa. Se fraintendiamo l'apertura fiduciosa attraverso la quale il paziente ci offre di entrare a popolare il suo mondo interno e gliela restituiamo magari come una difesa da pulsioni distruttive, allora abbiamo accettato di recitare insieme a lui il suo passato, siamo stati adescati dalla coazione a confermare le convenzioni nevrotiche e catturati nella circolarità della profezia che si autoavvera. Il paziente ci aveva consegnato la speranza di una fiducia e noi gli restituivamo la disperazione di non potersi più fidare.

Occorre comprendere che ciò con cui analista e paziente sono chiamati a confrontarsi, ognuno con l'irriducibilità della sua esperienza e con la cognizione del suo percorso esistenziale, è l'affetto e le sue leggi. Quando parliamo di affetti intendiamo circoscrivere un'area complessa della psiche, nella quale gravitano sensazioni, emozioni, intuizioni, immagini a tonalità effettiva, che si riferiscono alla propria immagine e al mondo, al proprio sé e agli «altri» significativi che popolano la scena interna ed esterna della vita del soggetto. Parliamo, così, di «complessi a tonalità affettiva», ad indicare quei nuclei scissi dell'esperienza psichica, effettivamente molto carichi che formano delle zone fragili dell'esperienza del soggetto, delle aree affettive particolarmente vulnerabili, recettive. Ogni individuo ha dei complessi, cioè delle aree di ipersensibilità individuale a determinare costellazioni di esperienze psicologiche: si parla allora di 'complesso materno' o di 'complesso d'inferiorità'. È proprio questo campo complessuale, questo nucleo vulnerabile che il paziente porta in analisi e che seppure tutela e cela - attraverso le resistenze, inevitabilmente espone: esso è infatti il centro gravitazionale che attrae tutte le energie del soggetto e che fa sì che questi cerchi a tutti i costi di catalizzare l'attenzione dell'analista. La ferita, la mancanza, attirano, seducono, attivano pulsioni ed immagini.

Molto spesso, e veniamo al nocciolo del problema, la catalizzazione delle energie interne del paziente, che l'analisi rende possibile, si traduce, nel paziente stesso, in una attivazione del sentimento, quello che viene anche defi-

nito transfert erotizzato. Vedremo in seguito la possibilità di lettura di questo transfert, *l'impasse* che genera, le finalità che cela. Adesso concentriamoci invece sulla sua fenomenologia.

Il paziente si trova, improvvisamente, immerso in un turbamento fluttuante. La figura dell'analista diventa il centro intorno a cui ruotano fantasie a tonalità affettiva, differenti rispetto alle varie tipologie individuali, ma con una stessa connotazione: l'ambivalente oscillazione tra attrazione e paura, tra interesse e estraneità, e una tensione tra adesione alle fantasie nascenti nei confronti del terapeuta e un senso penoso di ridicolizzazione e ridimensionamento. Come può essere... come può accadere... che cosa significa ciò... È ridicolo o è drammatico, o sono entrambe le cose insieme. Il semblante dell'analista, la sua immagine, diviene "perturbante". Freud usò questo termine in riferimento al campo dell'estetica, indicandone la parentela con gli affetti «repellenti e penosi» (3), quali la paura e l'angoscia, avvertendo però che esso non coincideva perfettamente con alcuno di essi, seppure la sua apparizione li evocasse. La vera essenza del perturbante infatti, ha a che fare con l'ambivalenza: perturbante è tutto ciò che muove affetti contrastanti, contraddittori, in cui la paura si coniuga alla fascinazione, l'attrazione alla vergogna: esso sembra dunque inerire un'area particolare dell'affetto, in cui non vi è solo pena ma anche godimento. Ancora un'altra specificazione di Freud utile al nostro discorso cioè a dire che *das unheimlich* - lo strano, il non familiare - e *das heimlich* - ciò che è noto, familiare, o in una seconda eccezione ciò che è celato, segreto - stanno a circoscrivere uno spazio affettivo legato a ciò che si cela nei luoghi dell'intimità. Qualcosa di talmente intimo e prossimo al soggetto si rivela, ad un certo punto, inquietante, attivatore di angoscia. Freud indicò subito il genitale femminile per il bambino quale luogo 'perturbante' per eccellenza, luogo del rimosso. Ma non è solo il sesso, crediamo, a diventare fonte di turbamento profondo, di attrazione e insieme di paura. Abbiamo detto che, ad esempio, la stessa cura è percepita a livello profondo dal paziente che chiede aiuto come una possibile causa di godimento e insieme come pericolo

(3)8. Freud (1919), «Il perturbante», in *Opere*, col. IX, Torino, Boringhieri, 1977, p.81.

per il proprio equilibrio, un'apertura su un ignoto che genera inquietudine.

L'analista, in quanto attivatore di dinamiche trasformative, diventa perturbante perché crea una tensione tra spinte opposte, tra l'attenzione per lo svelamento e il riconoscimento del rimosso e l'angoscia per il nuovo. Scoprendo ciò che si cela sotto le formazioni inconsce, il terapeuta svela che il «familiare» - das heimlich - è stranamente inquietante, cioè è l'alter ego del soggetto, il suo gemello sconosciuto, la sua ombra. Certo tutto ciò non è così chiaro e logicamente scoverato dalla mente del paziente. Piuttosto si tratta di percezioni subliminali, di intuizioni del pericolo e di vigilanza a che la temuta 'seduzione' non awenga.

Nell'area dell'affetto - cioè del desiderio - paura e fascinazione sono sempre strettamente congiunte. Il paziente, ogni paziente, soffre di una interdizione al suo desiderio profondo. Che sia un conflitto tra l'Io e il Super-Io o tra Sé e falso-Sé, ciò che è interdetto al soggetto è il contatto con il suo autentico desiderio. Nonostante ciò, il soggetto che sceglie di iniziare un trattamento analitico spera di potersi liberare dalla sofferenza della coazione e di poter accedere al riconoscimento del suo reale desiderio.

Paura e attrazione: tra questi due poli il paziente tenta di bilanciarsi, ma è un arte che deve imparare ad acquisire. Il transfert erotizzato attiva entrambi questi aspetti del sentimento. La paura che il paziente ha del transfert è, se vogliamo essere sinceri, la stessa che ha l'analista: è timore dell'incontrollabile, cioè dell'oltrepassamento del limite. Potremmo forse chiamarla anche paura della follia. Questa paura può essere paragonata, per analogia, al 'timor sacro'. È la santa confusione di cui parla Pascal, il turbamento del chiamato dinanzi al nuovo lume, alla nuova conoscenza che Dio ispira all'anima che si degna di toccare. Dunque una inibizione sacra, non una mera resistenza. Un timore che potrà essere elaborato, passo dopo passo, nel percorso analitico, ma che è comprensibile, diremo addirittura auspicabile, essendo il segnale che qualcosa lentamente tenta di emergere, qualcosa che l'Io vuoi tenere sotto controllo. Quando si afferma che l'amo-

rè di transfert è l'effetto di un trasferimento e di una ripetizione, si afferma una verità ma in modo parziale: esso è sì una copia, una ripetizione di modalità affettive passate, ma ciò che si dona attraverso quell'unica e sola modalità che il paziente ha conosciuto e fatta propria, è un affetto, un «fuoco», una carica d'energia che vuole essere messa a disposizione dell'anima e delle sue trasformazioni, non solo delle resistenze.

La tensione d'amore che il paziente sperimenta è per molti versi simile alla domanda d'assoluto dell'adolescente, all'«ardore da prima volta» che analista rischia di congelare se, anziché testimoniare la possibilità di comprendere tale tensione, si limita a scotomizzarla come resistenza. Liquidare l'amore di transfert, soprattutto liquidarlo aprioristicamente presentandolo al paziente come 'perdita necessaria' significa provocare un'inutile dissanguamento d'energie. Il paziente cerca di entrare in contatto con potentissime immagini interne, quelle immagini che - l'analista sa - sono sì fantasmi del passato, ma contemporaneamente sono le forme ancora sfocate in cui si cela il vero tratto individuale, il potenziale futuro del paziente. Una paziente usava chiamare l'analista la sua guida nel deserto, un deserto di miraggi e di ombre che solo insieme potevano riconoscere. La difficoltà del paziente, ciò che egli chiede all'analista attraverso le sue modalità erotizzate è la possibilità di sostenere il fermento emotivo che nasce dall'intuizione della novità e l'ambivalenza dei sentimenti che ne derivano, egli chiede di fornire ad essi un contenitore, un contenimento.

Eros, come sappiamo, era figlio di Poros e di Poenia: della ricchezza e della privazione. Laddove ci fosse solo 'eccitazione', l'eros diverrebbe maniacale, inflazionato, falsamente prometeico. Così l'eros deprivato, bloccato, impossibilitato ad entrare in contatto, è segno di un'energia incapsulata, è l'eros melanconico, depresso, luttuoso. La dimensione del sentimento in analisi deve invece coniugare entrambi gli aspetti, eccitazione e contenimento, energia e delimitazione dell'energia. È per questo motivo che il luogo dell'analisi è un *temenos*, un luogo per immaginare, uno spazio per inventarsi. Ed è per questo motivo che liquidare come «resistenza» il coinvolgimento affetti-

vo del paziente è rischioso oltre che dannoso. Ho già avuto modo di affermare (4) che la coazione a ripetere, almeno ai fini della psicoterapia, si rivela di importanza capitale. Perché è grazie ad essa che il paziente porta nel setting analitico il paradigma vivo del suo antico disturbo, tornando a incarnare per noi e con noi l'antico modello introiettato. La coazione ha in sé una valenza positiva, perché è animata da un progetto inconscio: quello di riuscire alla fine a superare l'impasse davanti alla quale ci si è bloccati.

(4) A. Carotenuto (1986), *La colomba di Kant*, Milano, Bompiani.

Cosa diventa l'analista agli occhi del paziente vulnerabile, che porta in sé lacerazioni profonde, e che dunque non può assumere facilmente - sebbene a livello conscio lo faccia - la convinzione che chi ha di fronte sia assolutamente affidabile e sincero? Diventa una figura potentemente attrattiva e come abbiamo detto, perturbante: incarnazione delle potenzialità dell'amore che cura e insieme riproduzione di un fantasma, di una immagine interna generatrice d'angoscia. Fonte di ogni bene e insieme abisso di minacce. Questa forte ambivalenza emerge infatti durante il lavoro analitico e colora il transfert nelle sue varie fasi. In genere la comparsa di una tumultuosa richiesta d'amore soprattutto lì dove i due membri della relazione analitica siano di sessi differenti, segna le battute iniziali della relazione, per un periodo che può essere anche abbastanza lungo. Il transfert sembra allora scorrere facilmente e serenamente: il paziente è arrendevole, accetta benevolmente le spiegazioni dell'analista, assicura la sua buona fede nel trattamento e si dimostra attento e disponibile.

Improvvisamente però la musica cambia: il paziente incomincia a chiedersi che cosa abiti la mente dell'analista, quale tipo di vissuto egli sviluppi e celi nei suoi confronti, di quale misura d'amore egli sia capace, e soprattutto *chi sia lui per l'analista*, quale posto occupi, se lo occupa, nella sua attenzione e nel suo pensiero. Un desiderio di molti pazienti è quello di essere il paziente privilegiato, il più amato, come se solo da tale posizione fosse assicurata loro la guarigione. È una fantasia narcisistica, senza dubbio, che perciò va sondata e avvicinata dandole l'importanza che ogni fantasia merita, se non altro per il fatto

che può svelarci qualcosa della modalità del paziente di concepire la cura e la guarigione. Inizialmente, infatti, chi domanda di essere liberato dal sintomo, immagina che «uscire dal sintomo» coincida con la soppressione del dolore, del disagio esistenziale. Similmente alla richiesta del bambino che in presenza di uno stimolo doloroso - la fame, la sete, il sonno - chiede al genitore di essere sollevato dal fastidio, il paziente formula una domanda totale che esige una altrettanto totale risposta: liberami dal dolore. Questa richiesta già denota una regressione *in fieri*, uno scivolamento dal livello dell'esame di realtà - per il quel l'lo diventa capace di tollerare la frustrazione, di procrastinare il soddisfacimento della domanda e di canalizzare le pulsioni primarie in forme adattive più mature - al livello dell'appagamento immediato del bisogno (livello dettato certamente dalla forte sofferenza): è quello del principio di piacere, dell'appagamento allucinatorio del desiderio. Il paziente allucina l'analista che lo nutre (in certi casi si parla di 'delirio amoroso'), e con ciò si vota ad un primo necessario scacco nella misura in cui il terapeuta, che non può rispondere alla domanda del paziente, lo invita ad affidarsi, nonostante che il suo modo di offrire cibo buono non corrisponda ai modi in cui egli lo immagina.

È a questo punto che il transfert erotizzato assume coloriture diverse, in cui affiora l'elemento perturbante: è o non è affidabile l'analista? Nutre o non nutre, ama o non ama, è presente o è assente, mente o dice la verità? Ciò che il paziente non può inizialmente comprendere è che egli chiede solo quello che il suo fantasma gli consente di immaginare di ottenere. Egli, proprio come il bambino piccolo, pensa che la frustrazione del suo bisogno è una prova della cattiveria o della incapacità dell'altro. E non prova ugualmente - si chiede il paziente - che il «cattivo», l'«inadeguato» è proprio lui, che non merita altro che questo fallimento?

Entrambe le considerazioni (l'analista è 'cattivo', io sono 'cattivo') sono frutto delle fantasie nevrotiche che animano il soggetto. Amare ed essere amati in realtà non sono una questione di merito e di demerito, fintanto che il paziente penserà di dover meritare l'amore dell'analista o

che l'analista debba dar prova della sua capacità d'amore e di accoglienza, rimarrà nell'ambito della circolarità nevrotica. Ma sarebbe assurdo da parte del terapeuta chiedere una simile 'maturità' all'inizio del trattamento, dato che essa è la causa per la quale egli si trova di fronte a lui. Certamente occorre fare delle distinzioni e appurare, caso per caso, qual è il nucleo problematico e la tipologia del soggetto che domanda il trattamento. Esistono effettivamente casi in cui, come Ferenczi aveva intuito e come poi hanno proposto Balint e Winnicott, solo una *holding* affettiva molto forse può mutare la struttura del soggetto e avviare un processo di trasformazione. Ma occorre anche aggiungere che l'effettiva trasformazione avviene, in tutti i casi, solo se il paziente diventa in grado di operare simbolicamente, anche perché nessun analista potrà mai ridare al soggetto sofferente ciò di cui è stato privato in momenti assai precoci e assolutamente fondanti per il suo sviluppo.

Ritorniamo al punto critico lasciato poc'anzi: il paziente si trova dunque in un momento di grande confusione e inquietudine. Cerca delle prove circa l'amore del terapeuta, e dinanzi alla frustrazione delle richieste, paventa un inganno, un tradimento. È in questo momento, io credo, che invitare il paziente a reprimere le sue pulsioni, a rinunciarvi e a sublimarle, significa fallire il contatto empatico. Condivido fortemente l'affermazione di Freud che in *Osservazioni sull'amore di transfert*, così rifletteva:

Invitare la paziente a reprimere, rinunciare e sublimare le proprie pulsioni, non appena ella abbia ammesso la sua traslazione amorosa, è un modo di procedere che non definirò analitico, ma solo insensato. Sarebbe come se dagli inferi si volesse evocare uno spirito avvalendosi di formule magiche, per poi rispedirlo giù senza averlo interrogato: un richiamare alla coscienza il rimosso per poi, spaventati ritornare a rimuoverlo. Non c'è del resto neppure da illudersi circa l'esito di un tale procedimento, giacché come è noto i discorsi più elevati hanno scarsa efficacia sulle passioni. La paziente avvertirebbe soltanto l'umiliazione e non mancherebbe di vendicarsene (5).

Il termine 'spaventati' impiegato da Freud è molto esplicito nel rilevare l'effettiva causa dell'affrettata esigenza del terapeuta di mettere a tacere il trasporto del paziente:

(5)S. Freud (1914), «Osservazioni sull'amore di transfert», in *Opere*, voi. VII, Tu no, Boringhieri, 1989,p.3(m)

la paura, o meglio, l'angoscia. È indubbio, infatti, che la forza della tecnica non è sufficiente a tutelare il terapeuta dalla necessità di un inabissamento nelle acque dell'inconscio. Soprattutto con pazienti al limite della psicosi, di cui sia più difficile inizialmente capire la complessità del loro disagio, l'impatto con l'inconscio e le reazioni controtransferali a questo impatto, possono essere molto violente e suscitare angoscia. Ma è possibile sottrarsi al confronto con i *daimones* dell'inconscio? Non è forse proprio da tale confronto che può emergere l'indicazione di una possibile via di trasformazione? Jung aveva compreso che circoscrivere il fenomeno della traslazione amorosa come semplice riedizione di eventi psicosessuali infantili, e liquidare la questione con interpretazioni riduttive, significava fallire nella cura.

Vale la pena riportare un lungo brano di una lettera del 1914 indirizzata a Loy:

Di conseguenza io non posso considerare la traslazione solo come un trasferimento di fantasie infantili-erotiche, anche se considerata da un certo punto di vista lo è certamente; io vedo in essa [...] il processo di *immedesimazione e adattamento*. Da questo punto di vista le fantasie infantili-erotiche, nonostante il loro indubitabile valore di realtà, appaiono più come materiali comparativi o immagini analoghe per esprimere qualcosa di ancora incompreso, che non desideri a sé stanti (6).

(6)C.G.Jung(1914), «Questioni attuali di psicoterapia. Carteggio Jung-Löy», in *Opere*, voi. IV. Torino, Boringhieri, 1973, pp. 306-307.

Per esprimere qualcosa di ancora incompreso il paziente è in cerca, afferma Jung, di una comprensione più profonda del suo destino, ed il materiale che emerge in analisi sotto forma di fantasie amoroze ed erotiche deve essere letto come la materia ancora grezza e confusa che contiene in sé le potenzialità effettive del progetto di individuazione della persona. Attraverso questa amplificazione della lettura di transfert si indica al paziente una via per superare un modello di interazione con le proprie immagini interne cui corrisponde, sul piano relazionale, la coazione, ovvero la conquista dell'amore attraverso la coazione del potere della seduzione o del ripiegamento masochistico. Jung punta insomma sull'aspetto 'sacro' del transfert cioè sul desiderio di trasformazione del paziente che l'analista, in quanto agente catalizzatore, può aiutare a decifrare ed attivare, rispettando il suo ruolo di osservatore empatico.

Il fallimento della relazione analitica può assumere due forme: da un lato c'è il fallimento per scarsa capacità empatica del terapeuta; dall'altro la collusione con le richieste affettive del paziente qualora vengano accolte letteralmente.

La prima forma di fallimento della cura è dovuta all'incapacità dell'analista di operare, nell'analisi del materiale affettivo fornito dal paziente, il salto dal livello dell'interpretazione razionalistica a quello della amplificazione simbolica. In questo caso possiamo infatti evidenziare come ciò a cui noi analisti tendiamo e a cui vogliamo condurre i nostri pazienti - il livello della comprensione simbolica - è proprio l'aspetto mortificato e rimasto inespresso perché non riconosciuto. Quando restituiamo al paziente l'offerta del suo «amore», interpretandola come resistenza al lavoro analitico, come riproduzione di modelli di relazione del passato, o di derivati delle pulsioni sessuali infantili, noi in realtà sosteniamo l'assunto per il quale la carica affettiva che emerge è tutta solo al servizio della nevrosi, dell'incesto. Ma se è effettivamente così, è solo questa la finalità inconscia della psiche del o della paziente? È vero che la domanda del paziente veicola il desiderio di una soddisfazione immediata, ma ciò accade perché questi non ha ancora sviluppata quella sottile capacità discriminativa a riguardo dei suoi contenuti psichici e delle rappresentazioni simboliche, che noi vogliamo sviluppi. Quel che il paziente sente e comunica è che ama il suo analista: quali siano la natura e le finalità di questo amore, non può essergli ancora chiaro. Certamente ciò di cui possiamo informare il paziente senza con questo compromettere il nostro accordo terapeutico, è il fatto che è la situazione analitica stessa a indurre questo «Sehnsucht», questo struggimento. [Utilizziamo il termine freudiano nella traduzione proposta da Person (7) in quanto, a differenza di 'desiderio' o di 'nostalgia', struggimento indica il doppio movimento che il termine tedesco significa, di «desiderio per qualcuno o qualcosa che attualizza il qualcuno o qualcosa che non c'è»]. Esso investe la figura dell'analista, ma occorre riconoscere che attraverso l'analista vuoi pervenire a una meta differente. Che la tumultuosa esigenza d'amore possa essere *anche*

(7) S.E. Person (1993), «Introduzione», in S.E. Person P. Fonagy, A. Hagelin (a cura di), *Studi critici su «L'amore di transfert»*, Milano, Raffaello Cortina, 1993.
m

espressione di resistenze, è comprensibile, ciò che non è comprensibile è liquidare l'intera questione con questa interpretazione.

La seconda forma di fallimento della cura è la collusione con le richieste del paziente, per la quale si cade nel vissuto sessuale in analisi. Non discuteremo la negatività di tale evento che determina la rottura dell'alleanza terapeutica: esistono notevoli contributi al riguardo, tra cui rimandiamo a Stein (8), Ulanov (9), Taylor (10), per citarne alcuni. Tutti sottolineano e spiegano i danni apportati al paziente in simili circostanze.

(8) R. Stein (1974), *Incest and Human Love*, Baltimore, Penguin Books.

(9) A. Ulanov (1979), «Follow-up treatment in cases of patient/therapist sex», in *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 7, pp. 101-110.

(10) C. Taylor (1982), «Sexual intimacy between patient and analyst», in *Quadrant* 15, 47-54.

(11) N. Schwartz-Salant (1984), «Fattori archetipici del vissuto sessuale nel processo di transfert e controtransfert», in *l'Immaginale* III/ 4, 1985.

Vogliamo invece tentare di far luce sul perché possa capitare questo, e ci avvarremo del saggio dello psicologo junghiano Schwartz-Salant (11) che mette a fuoco con profonda intuizione i nuclei oscuri e le dinamiche psichiche che sottendono tale agito.

Il vissuto sessuale, che è un impulso dell'Ombra, necessita, per essere interpretato, di essere compreso e non semplicemente represso: se compreso, esso potrà anche essere elaborato, altrimenti, sebbene la repressione sia in grado di rimuovere l'energia di questa pulsione, essa permarrà come un nucleo scisso, formando un vero e proprio complesso d'Ombra.

La condanna etica deve essere accompagnata dalla volontà di una elaborazione attenta, altrimenti si rischia di liquidare lo spinoso problema delegando alla capacità del singolo il compito di «recuperare un po' dell'anima perduta in quei luoghi» (12) e di comprenderne di più la natura.

Ci chiediamo allora, se l'agito sessuale sia un'illusione, un trucco da bricconi, oppure sia la letteralizzazione di un proposito inconscio che mira a raggiungere qualcosa di difficilmente circoscrivibile, dunque un equivoco che letteralizza ciò che ha a che fare con l'area del processo simbolico. Questa meta inafferrabile è quella sostanza che Jung ha definito come «libido parentale», e che Schwartz-Salant definisce *communitas*.

La *parentela* di cui parla Jung o la *communitas* sono connesse con la simbolica della *conuinctio*, quella unione degli opposti che Jung considerò come la forma strumentale. La *conuinctio* produce parentela e *communitas*, in

(12) *Ibidem*, p. 36.

quanto avverandosi il contatto con i contenuti psichici scissi, i complessi irrisolti, e le immagini a tonalità affettiva, si riuniscono alla coscienza. È possibile che la *coniunctio*, considerata un fattore regolatore inconscio, sia anche concepita come «un'esperienza immaginale fra due persone» (13).

(13) *Ibidem*, p. 38.

Nella simbologia alchemica la meta dell'unificazione degli opposti è rappresentata dall'ermafrodito, il Rebis del Rosarium Philosophorum. L'ermafrodito, come immagine della ricomposizione degli opposti o del Sé può, come ogni immagine archetipica, fare la sua apparizione sia nella sua qualità positiva che in quella negativa.

Nel trattamento analitico, per esempio, l'ermafrodito può rappresentare la combinazione ibrida di parti del Sé dell'analista e di parti del Sé del paziente, nei casi in cui la relazione sia dominata da forti identificazioni proiettive, da componenti affettive scisse proiettate. In casi in cui sia dominante una *participation mystique*, un'inconsapevole collusione degli inconsci dei due membri della relazione:

«le due persone possono facilmente sentirsi unite in un corpo affettivo, partecipi delle stesse emozioni, mentre ognuno conserva difese e attitudini diverse: un corpo, due teste!» (14).

(14) *Ibidem*, p. 40.

Quando accadono queste combinazioni collusive l'analista può cadere nell'errore di ritenere il paziente più capace di elaborazione di quanto non sia effettivamente, salvo poi accorgersi dolorosamente dell'errore controtransferale. Questa immagine dell'ermafrodito, cioè dell'identità inconscia di paziente e analista, crea un fertile terreno per la risoluzione sessuale della comunicazione della coppia analitica, e ciò perché «la sessualità sembra mantenere la notevole promessa di unificare gli opposti in un tutto armonioso e significativo e trasformare il loro mostruoso stato ibrido» (15).

L'inganno in cui l'analista cade e in cui può trascinare il paziente è quello di illudersi che l'atto sessuale sia un atto del Sé, dunque positivo e trasformativo. Il vissuto sessuale in questi casi rappresenta un tentativo di integrare aspetti scissi, schizoidi, della psiche, settori in cui la componente sessuale, pre-edipica, è carica di affetti angosciosi e intense frustrazioni.

(15) *Ibidem*, p. 40-41.

Questo aspetto negativo della figura dell'ermafrodito rappresenta un notevole aspetto dell'Ombra dell'analisi.

Diversa è l'apparizione della figura ermafrodita nel suo aspetto positivo, ed essa ha a che fare con l'attivazione del processo di individuazione. Jung ha più volte sottolineato che ogni processo di trasformazione necessita del confronto, della relazione. È difficile immaginare un processo di individuazione come un'opera solitaria e introvertita, ed anche lì dove tale sembra apparire (pensiamo ad esempio al destino di certi mistici), si scopre in realtà che relazioni significative sono state sempre mantenute: il confronto con figli e figlie spirituali, scambi epistolari, opere spirituali e poemi, che sono tutte forme di intrattenimento con interlocutori.

La relazione analitica è il luogo deputato a sollecitare l'attivazione del processo individuativo, dal momento che tende ad avverare il confronto tra le componenti psichiche più profonde dell'analista e del paziente. È l'Eros, infatti, che dà voce all'aspirazione e al desiderio di relazionarsi con il mondo, sia interno che esterno, perché riconnette il passato al presente e questo al futuro, conferendo al Sé il senso della sua continuità. La figura dell'ermafrodito, come immagine della congiunzione, può essere così non solo una figura individuale, ma immagine di un Sé congiunto: «Il Rebis rappresenta una realtà psichica che può scaturire da due persone che raggiungono la *coniunctio* come un atto immaginale (16)». Questo significa che il Sé può essere pensato non solo come realtà individuale, ma anche come frutto di una relazione senza che questa cada nella negativa *participation mystique* e senza che i soggetti perdano la loro identità. In altre parole, la congiunzione tra anime, lungi dal portare al vissuto sessuale, genera invece quella connessione umana che è la meta e l'aspirazione della *libido parentale* secondo l'espressione di Jung:

La libido parentale, che nelle comunità cristiane primitive, ad esempio, generava ancora una comunanza capace di appagare il sentimento, ha perduto da tempo il suo oggetto. Ma poiché è un istinto, non c'è surrogato fornito dalla Chiesa, dal partito, dalla nazione o dallo stato che possa placarla. Essa esige la connessione, il rapporto «umano». Questo è il nocciolo, che va sempre tenuto presente, del fenomeno della traslazione (17).

16) *Ibidem*, p. 41.

[7] C.G. Jung (1946), «La psicologia della traslazione», in *Opere*, vol XVI, Torino, Boringhieri, 1981, p. 241.

Questa inconscia e fortissima esigenza di una relazione umana che nutra profondamente l'anima, gioca un ruolo centrale nel vissuto sessuale in analisi, dove viene erroneamente cercata in concreti atti sessuali. Questa apertura all'analisi del Rebis, della *coniunctio* e della libido parentale, credo ci abbia aiutato a comprendere come la domanda d'amore del paziente contenga un'aspirazione profonda - istintuale afferma Jung - ad un legame tra individui che nutra profondamente l'anima. Un esempio particolarmente luminoso di questa relazione lo - Tu giocata a livelli così alti è il legame leggendario che unì Francesco e Chiara d'Assisi, che non si esaurì nella ricerca di un'appagante relazione a due, ma liberò le energie necessario alla creazione e alla diffusione di un messaggio evangelico che rinnovò profondamente lo spirito della Chiesa medioevale.

La *communitas* che si genera infatti, produce «un senso di mutuo rispetto, uguaglianza e partecipazione ad un livello molto profondo, come se ci fosse stata una trasfusione (18). L'autore appena citato postula dunque che dietro le vicissitudini del transfert e l'agito sessuale, oltre le ferite narcisistiche irrisolte possa giocare un forte ruolo anche questa meta immaginale che, confusa con la congiunzione letterale, genera gli equivoci che conosciamo. Anche l'idealizzazione dell'analista e della relazione analitica da parte dell'analizzando pertiene in parte alla ripetizione di uno stato fusionale, pur se contiene i germi di una potenziale ricerca di comunione,' e sta all'analista intuire quali elementi veicolino tendenze regressive e come attivare una canalizzazione creativa di queste energie libidiche. Sappiamo infatti che, se occorre riconoscere la legittimità del sentimento d'amore che il paziente porta in analisi, è anche vero che la possibilità adulta di amare nasce anche dalla elaborazione della frustrazione, degli ostacoli che la libido incontra nella ricerca dell'appagamento.

Il bambino, proprio in virtù della rinuncia al soddisfacimento immediato, e attraverso una elaborazione della perdita della totalità del suo rapporto con la madre, sviluppa una vita emotiva e sessuale matura, cioè può investire il mondo nel suo complesso e costruire nuove relazioni significative.

(18) *Ibidem*, p. 43.

Vediamo più in dettaglio alcune fasi salienti di questo processo chiamato 'amore di transfert'. Abbiamo già dipinto la scena affettiva in cui si muove il paziente, scena che inizialmente si presenta circondata di un'aura idealizzante che, a volte, richiama proprio quell'area dell'illusione onnipotente evidenziata da Winnicott come fase primitiva del rapporto del bambino con la madre. Il progetto analitico, in questa fase, è il portato di fantasie fusionali ed è sotteso da aspettative narcisistiche. Nonostante queste qualità, è una fase necessaria perché permette al paziente di superare l'iniziale diffidenza e la paura che sempre accompagnano la cura. Come ogni innamoramento, questo momento evolve, e il paziente va incontro a delusioni, sia perché l'analista non risponde così come egli è abituato a immaginare, sia perché oltre l'idealizzazione cominciano ad emergere situazioni conflittuali dolorose, e generatrici d'angoscia. Nonostante che l'analista si astenga dal rispondere collusivamente col paziente, dunque nonostante il livello di frustrazione che quest'ultimo è costretto a sostenere, è la sicurezza nella continuità della relazione analitica che permette all'analizzando di reggere questa tensione dolorosa. Egli sa che l'analista mette a disposizione per lui i suoi strumenti e il suo tempo, ed è lo stesso analista che lo invita ad avere fiducia nonostante le fantasie di rifiuto che la solitudine in cui versa costellano. In realtà una modalità matura d'amare nasce anche dalla capacità di vivere la dimensione solitaria dell'esperienza, l'unica che garantisce che l'amore è una scelta libera e non il rifugio coatto che ci permette di sfuggire alla solitudine. Quanti matrimoni vengono mantenuti *solo perché* si ha paura di restare soli! Ma come è possibile crescere in un rapporto se esso non lascia spazio alla solitudine operosa e creativa, in cui ognuno è libero di incanalare le proprie energie anche al di là dell'angusto spazio domestico, e senza che ciò venga vissuto dal partner come un sottrazione d'amore al rapporto. Questo paradigma dell'amore come partecipazione confusiva e come schermo alla solitudine e alla distanza riflessiva pervade la modalità globale di relazionarsi al mondo e agli altri: questo fa sì che ci si disperda nelle

risposte immediate alle molte richieste che provengono dall'ambiente e da noi stessi, e non si trovi mai quella via che ci conduce al centro, e che è l'orientamento intimo che nasce dall'agire secondo i dettami della propria autentica inclinazione.

Fintanto però che si resta vincolati ad un modello fusionale e a una ricerca di appagamenti illusori, non si può allargare il proprio orizzonte esistenziale, perché le energie capaci di investire il mondo sono impiegate per tutelare lo spazio protetto dei legami fusionali, che tutelano la fragilità dell'io.

Lo spazio analitico, dunque, deve rappresentare contemporaneamente sia lo spazio protetto capace di contenere le ansie del paziente, sia il luogo in cui, proprio in virtù della sicurezza che l'essere contenuti genera, può essere sostenuta anche la frustrazione necessaria a passare da una modalità nevrotica di chiedere amore alla maturità di un amore affrancato dalla coazione della seduzione, del potere sull'altro, o della rinuncia masochista.

Il paziente può non comprendere questo invito, ed è allora che può svilupparsi un transfert negativo, con le sue fantasie di fuga dal rapporto, di indifferenza, di delusione. Può anche accadere che si apra una fase lunga e stagnante, in cui il paziente rivendica regressivamente il diritto ad una risposta affettiva che non sente, posizione questa che nasconde la paura del cambiamento, della trasformazione. Timore comprensibile, che si costella sempre quando si è chiamati ad abbandonare il noto per l'ignoto, e ancora non si conoscono le proprie potenzialità. È chiaro a questo punto che, al di là delle generali descrizioni sullo spazio analitico, l'analista è chiamato a lavorare principalmente sulle sue risposte emotive alle emozioni del paziente: la consapevolezza del proprio controtransfert è infatti il fulcro del lavoro analitico perché la comunicazione significativa non è basata sullo scambio di contenuti e di informazioni ma sull'attivazione reciproca di complessi affettivi. Le risonanze interne sono talmente importanti che i messaggi verbali vengono compresi o fraintesi secondo le proprie difficoltà, e questo può capitare sia al paziente che all'analista: ciò significa che il vissuto soggettivo funge da filtro, e tutto il lavoro analitico

ruota intorno alla capacità dell'analista di comprendere quando l'ascolto del paziente è il risultato di sue proiezioni, e viceversa.

Si tratta dunque sostanzialmente di un processo di tipo circolare, di azione e reazione, che struttura una situazione dinamica che occorre continuamente decodificare. È per questo motivo che il concetto di controtransfert potrebbe essere sostituito semplicemente dalla parola transfert. La psicoanalisi aveva coniato questo termine per indicare gli atteggiamenti e le reazioni, cosce e incon-sce, che sorgevano nell'analista in risposta alle proiezioni del paziente. Il processo controtransferale veniva situato in una dimensione che vedeva l'analista, distaccato e imparziale, successivamente coinvolgersi in risposta all'investimento emotivo dell'analizzando. Oggi sappiamo che l'analista è partecipe emotivamente sin dall'inizio dell'analisi e che anzi l'andamento del trattamento dipende in larga misura dai sentimenti e dalle aspettative che egli ha nei confronti del paziente.

Analista e paziente, dunque, sono reciprocamente chiamati a sostenere la tensione. Nell'uno essa scaturisce dal bisogno di bilanciare la spinta empatica, le risposte immediate che possono nascondere elementi non analizzati, con l'attitudine interpretativa. Nell'altro, invece, la tensione che scaturisce dal bilanciamento tra la domanda d'amore e la solitudine che accompagna sempre il destino dell'individuazione.

Dunque, è solo attraverso l'attualità, la veridicità del proprio sentimento che l'interpretazione del transfert diviene reale e credibile per il paziente, cioè in grado di produrre un mutamento. Fino a che la terapia non giunge al suo termine, persino il paziente più consapevole vive in una sorta di limbo, perché l'analisi non solo sollecita il transfert ma lo richiede quale suo strumento elettivo. Insieme all'analista, nella fase culminante dell'analisi il paziente è condotto ad elaborare il transfert, a guardare in trasparenza la propria storia di vita e la storia della propria analisi come cammini paralleli in cui riconoscersi. Essere l'oggetto del transfert e al contempo il suo interprete è l'«occasione» terapeutica dell'analista. La biografia personale, il racconto della propria vita all'ingresso nell'uni-

verso analitico non saranno necessariamente gli stessi che egli porterà con sé quando l'analisi sarà finita; è anzi auspicabile che insieme, paziente analista, l'abbiano riscritti. Non è questa l'eventuale manipolazione che può essere compiuta ai danni del paziente, perché la «riedizione» del romanzo della propria vita riscritta da paziente e analista insieme, è una storia che ha integrato la dimensione del tempo, elaborata da un individuo che ha accettato di apprendere dall'esperienza. Il paziente che ha conosciuto lo sguardo *nuovo* dell'analista su di sé si è sorpreso a *guardarsi* in modo diverso.

Quando il paziente ha progressivamente maturato la possibilità di incontrare l'analista nel suo essere una persona reale e non più un oggetto transferale, l'analisi si avvia al suo termine. Il ritiro delle proiezioni consente l'emergere di un rapporto con modulazioni diverse, con margini reciproci di libertà che immettono il paziente nel mondo con tutto il potenziale umano che egli ha precedentemente messo a disposizione del transfert. Se la nevrosi di transfert non viene sciolta dall'analista, essa conferma la dipendenza e la sudditanza del figlio nei confronti dei genitori. L'analista prende il posto delle figure parentali come immagine idealizzata e il paziente il ruolo del figlio che non avendo potuto «umanizzare» i propri genitori, non può neppure trovare la via per la propria individuazione.

Tra il 1921 e il 1922 Jung giunge a definire la dimensione sessuale della «traslazione» come una fase iniziale, da superare, subordinata al raggiungimento, tramite l'empatia, della *via individuationis*, sottolineando così il carattere di nuova religiosità del rapporto analitico: in questa ottica la relazione traslativa figura come *una* parte dell'intera vicenda analitica, che consta di differenti stadi di trattamento. La riflessione di Jung sulla valenza trasformativa del simbolo e del contatto con le immagini interne, personali e archetipiche, lo porta a fornire una lettura simbolica della stessa dinamica di transfert e controtransfert, così che il rapporto tra analista e paziente assume simbolicamente il significato di una ricerca di ricongiunzione tra polarità separate, tra componente maschile e femminile della psiche, tra coscienza e inconscio, e così via. È in

questa ottica che l'eros diventa, senza nessuna differenza con ciò che accade nella dinamica della relazione amorosa, la forza trainante del processo individuativo. L'anima *desidera*, e il suo desiderio - che è anelito verso il bene e la bellezza, come ci insegna Plafone - è lo strumento mediante il quale essa può trasformarsi.

Quando Jung afferma che il transfert nasce come tentativo di annullare le distanze, evidenzia la particolare natura del rapporto analitico. È proprio la specificità della relazione analitica, infatti, che attiva il cosiddetto amore di transfert. Analista e paziente costituiscono una diade veramente unica nel suo genere, spesso associata, per similitudine, alla diade madre-bambino. Con la relazione madre-figlio ha parecchie consonanze, che concorrono a rendere la relazione così intensa e reciprocamente coinvolgente: *l'esclusività* del rapporto, la *comunicazione empatica* basata su processi di identificazione inconscia, che favorendo lo stabilirsi di un rapporto profondo permette di vivere gli stessi stati d'animo in sincronia (19), o *l'interdipendenza*, per citarne alcune. Nonostante queste somiglianze, la relazione analitica mantiene una specificità che non consente di equipararla a nessun'altra forma di relazione a due. Ciò che infatti la rende tale è la particolare natura dell'investimento e dell'interessamento dell'analista nei confronti del paziente, un investimento che è insieme fortemente empatico e debitamente 'astinente'.

La relazione analitica si configura come un luogo in cui le emozioni più segrete e i vissuti più intensi possono manifestarsi. rivivere e trovare accoglimento e cura. L'analista assume empaticamente su di sé le sofferenze manifestate dal paziente, ma il suo ruolo comporta soprattutto la comprensione della realtà fantasmatica che sottende l'agire patologico, e la sua *interpretazione* attraverso le elaborazioni del paziente. L'interpretazione è l'intervento più specifico dello psicoanalista (20), intendendo con essa essenzialmente la 'traduzione' della realtà psichica del paziente in termini a lui accessibili, elaborabili e metabolizzabili.

Questa concezione per la quale l'analista è interprete di una situazione unica irripetibile, permette di ridestare le

(19) R.M. Loewenstein (1951), «The problem of interpretation», in *The Psychoanalytic Quarterly* 20.

(20) E. Bibring (1954), «Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies», in *Journal of American Psychoanalytic Association* 2; M. M. Gill (1954), «Psychoanalysis and «exploratory psychotherapy», in *Journal of American Psychoanalytic Association* 2.

potenzialità latenti in ogni paziente. Se l'ermeneutica, quindi, è l'arte di interpretare un testo, il presupposto è che ci siano in quel testo dei 'significati' da far emergere, e questi si manifesteranno proprio nel rapporto analitico. Questo intervento attraverso cui l'analista accoglie in sé le dinamiche inconsce del paziente e le porta a maturazione per poi nuovamente affidargliele in una forma che poco per volta ne anticipa il senso e la finalità, è un'esperienza che l'individuo ha conosciuto nel rapporto con la madre. Come scriveva Winnicott, la madre porge il mondo al proprio bambino rendendosi disponibile come l'indispensabile contenitore della sua esperienza istintuale ancora informe, esperienza che se fosse privata dell'orizzonte di comprensione offerto dalla madre precipiterebbe il bambino in un'angoscia sconfinata. Ecco che allora l'analista può «nutrire» simbolicamente il proprio paziente dall'interno di quella consonanza empatica che consentiva alla madre di proteggere il bambino da un'esperienza di disintegrazione.

Un così intenso investimento sul paziente, insieme affettivo e analitico, ha su di lui un effetto 'seduttivo', così come alcune caratteristiche strutturali del setting (21):

Dove e quando possiamo situare il trauma della seduzione per ciò che concerne l'esperienza analitica? All'inizio, senza dubbio. La posizione distesa, che sollecita la passività e la rinuncia alle difese corporee, è paragonabile a quella della fanciulla sedotta dal padre degli *Studi sull'isteria*. Il più delle volte l'analizzando l'accetta senza difficoltà, a volte si ribella, a volte si angoscia pur sottomettendosi, o rifiutandosi. Tale situazione è già, nella maggioranza dei casi, una seduzione reciproca. L'analista stabilisce, l'analizzando accetta, l'accordo è tacito. Per quanto tecnica essa appaia, questa prima risoluzione sottintende un minimo di intesa, se non di complicità [...] C'è seduzione da entrambe le parti e, per di più, ciò si trasforma in fantasma (22).

Il paziente, d'altra parte, vorrebbe riconoscere nell'investimento attento, nella disponibilità e nell'esclusività del rapporto le premesse - e le promesse - di un facile appagamento narcisistico, dato che ognuno di noi custodisce il desiderio di un accoglimento totale, di una partecipazione fusionale, di una reciprocità assoluta. L'esperienza analitica stessa agevola l'emergere delle 'aree vuote' dell'effetto (tutti i vissuti dolorosi legati alle frustrazioni affettive, alle esperienze della solitudine, del-

(21) I.P. Bouhour (1986), «Pourrions-nous tutoyer?», in *Etudes Freudiennes* 27; (Flournoy (1986), «La séduction réhabilitée ou la passion de l'enfant oedipien», in *Etudes Freudiennes* 27; C. Stein (1986), «De la séduction la névrose de transfert ou liberté obligée», in *Etudes Freudiennes* 27.

(22) O. Flournoy (1986), «La séduction réhabilitée ou la passion de l'enfant oedipien», op. cit., p. 84.

l'assenza e dell'angoscia) che il paziente risperimenta con intensità e rispetto alle quali l'analista non può che divenire l'oggetto desiderato. Ferenczi constata nel suo lavoro con i nevrotici, che il transfert evidenzia sempre componenti regressive legate a una sorta di avidità primaria, di desiderio illimitato, che è presente nel transfert fin dagli inizi della cura:

I primi sentimenti di amore e di odio sono un transfert dei sentimenti di piacere e di dolore autoerotici sugli oggetti che hanno determinato quei sentimenti. Il primo amore oggettuale e il primo odio oggettuale sono, per così dire, i *transfert originari* (23).

(23) S. Ferenczi (1909), «Introiezione e transfert», in Opere, voi. I, Milano, Raffaello Cortina, 1989, p. 85.

Prima di giungere alla elaborazione simbolica del fantasma, l'analista incarna letteralmente questo primo oggetto, presente e assente proprio in virtù della sua particolare modalità di essere *presente* nel rapporto. La sua disponibilità e l'empatia che avvicina il paziente e lo rende fiducioso e consapevole di un accoglimento quale raramente ha conosciuto nella sua esistenza, lo rendono un privilegiato oggetto di desiderio, mentre l'astensione dal fare comunicazioni personali e un uso estremamente parco delle parole, che spesso sconfina nel silenzio, favoriscono l'attività proiettiva del paziente, che trasferirà sull'analista i fantasmi del proprio passato. Il terapeuta diventa così l'Altro per eccellenza, quell'altro da cui ci si è sentiti "sedotti e abbandonati", l'altro assente, un soggetto d'amore che da sempre si è sottratto, da cui sempre il paziente ha tentato di essere amato. Egli diventa una figura interna, e la vita psichica del paziente è abitata continuamente da questa presenza, anche al di fuori del momento analitico. D'altra parte l'analista deve riconoscere, nei limiti del possibile, quelle che sono le sue reazioni controtransferali, che detteranno, in ultima analisi, la natura e la qualità del rapporto. Egli deve cioè aver ben presente come gli accade di «vivere» il paziente. Egli comincia a viverlo fin dalla prima telefonata: dal modo in cui l'altro si propone come paziente, già l'analista è indotto a predisporre a sua volta in un certo modo nei suoi confronti (24). La circolarità del rapporto (di ogni rapporto, ricordiamolo) comporta che l'uno orienti l'altro e lo seduca, attivi cioè in lui determinate reazioni controtran-

(24) J. Hillman (1972), *Il mito dell'analisi*, Milano, Adelphi, 1979, p. 120.

sferali, riattivando un fantasma. È scontata la maggiore confidenza dell'analista con i propri contenuti inconsci, ma l'inconscio è incommensurabile, e ogni paziente può attivare nel terapeuta aspetti che attendono ancora di essere analizzati. Alla luce di questa consapevolezza, il concetto di 'controtransfert' appare profondamente diverso, come abbiamo già avuto modo di analizzare (25), da quello che lasciano intendere i manuali definendolo come l'insieme degli influssi che *possono* essere esercitati dal paziente sulla sfera inconscia dell'analista. Nella nostra prospettiva il controtransfert è l'intero mondo psicologico dell'analista che viene continuamente attivato all'interno di un autentico rapporto interpersonale.

(25) 4. A. Carotenuto (1986), *La colomba di Kant*, op. cit.

La potenza delle immagini interne che il paziente costella nell'analista, così come l'attivazione di affetti profondi da parte del paziente, seducono entrambi. Così la seduzione entra a pieno titolo nella scena analitica, la informa, la vivifica, almeno come 'primo atto', se vogliamo restare fedeli alla lezione di Jung. La comunicazione del paziente in qualche modo sonda sempre la psiche dell'altro e ne riconosce le zone più fragili, quindi egli sottopone inconsciamente a prova le capacità del terapeuta di poterlo affiancare nel proprio cammino.

Negli adulti qualsiasi rapporto con altre persone è costituito da un miscuglio di transfert e di realtà. Non ci sono reazioni di transfert, per quanto assurde, che non abbiamo anche un nucleo realistico, come non esistono rapporti realistici senza qualche traccia di fantasia transferale. Tutti i pazienti in trattamento psicoanalitico hanno reazioni e percezioni oggettive e realistiche nei confronti del loro analista, accanto a reazioni transferali e all'alleanza terapeutica (26).

Ma *chi* seduce *chi*? È una domanda che percorre tutta la storia della psicoanalisi, da Freud ai nostri giorni. Nel suo lavoro con le pazienti, Freud si accorse ben presto di quanto l'elemento della seduzione fosse presente e operante, sia a livello fantasmatico che a livello di comportamenti reali, a tal punto da ritenere che fosse proprio una seduzione, quella operata da un adulto nei confronti del bambino, la causa stessa della patologia isterica e nevrotica. Tralascieremo qui di indagare sul primo modello etiologico delle nevrosi proposto da Freud, modello basato su una 'teoria della seduzione'; al contrario, ci

(26) R. Greenson (19f) *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Milano, Feltrinelli, f

preme sottolineare come la scena analitica si configuri, fin dagli esordi della psicoanalisi come una scena di seduzione. Seduce il paziente, seduce il fantasma, seduce l'analista: la memoria dei pazienti è lastricata di tracce e di segni di seduzione, i loro sogni sono rappresentazioni di desideri di seduzione. Fino ad arrivare al 'bambino' *freudiano*, al piccolo Edipo, un essere la cui identità si definisce a partire da una richiesta pulsionale che eccede *la sua stessa capacità di integrazione psicosessuale*, e che per tale motivo dovrà essere inibita e sublimata: il desiderio di sedurre la madre.

Come era accaduto nei confronti del transfert, Freud per primo «scopre» il controtransfert e anche in questo caso la sua prima elaborazione esprime un'esigenza difensiva. Egli lo definisce infatti come la risposta affettiva profonda dell'inconscio dell'analista al conflitto inconscio portato dal paziente. Si tratta dunque di una *reazione* che ha il suo punto di partenza nell'altro, nel paziente. Al pari del transfert, la prima immagine attraverso cui il controtransfert è pensato, è quella dell'ostacolo: Freud raccomanda una estrema vigilanza da parte dell'analista sui propri vissuti, da sottoporre al vaglio della coscienza attraverso una autoanalisi. Più tardi, e soprattutto grazie all'influenza di Jung, egli riconoscerà i limiti intrinseci a una autosservazione e inviterà gli aspiranti analisti a sottoporsi ad una analisi didattica. Una rivoluzione che ha richiesto del tempo per maturare: abbandonando l'immagine astatica e rassicurante del medico, l'analista scopre nel controtransfert, termine a cui non pochi oggi preferiscono l'espressione «transfert dell'analista», sia un eccezionale strumento di visibilità sull'inconscio del paziente, che il rischio della propria posizione.

La seduzione che entra nel setting analitico come 'prima donna', ha le forme appariscenti e mondane della teatrale donna isterica: è «una florida ragazza dai lineamenti intelligenti e attraenti» (27) che si ammala «per attirare l'amore dei genitori» (28). Il sintomo è una strategia di seduzione appresa, per caso, nella lontana infanzia:

La bimba avida d'amore, che malvolentieri spartisce le tenerezze dei genitori con fratelli e sorelle, si accorge che queste refluiscono intera-

(27) S. Freud (1901), «Frammenti di un'analisi di isteria», In *Opere*, voi. IV, Torino, Boringhieri, 1970, p. 318. I *W Ibidem*, p. 336.

mente su di lei quando i genitori sono preoccupati per una sua malattia. Essa conosce ora un mezzo per attirare l'amore dei genitori e se ne servirà non appena avrà a disposizione il materiale psichico necessario per produrre la malattia (29).

(29) *Ibidem.*

Esattamente come la protagonista del capolavoro di Flaubert, Emma Bovary, una *pasionaria* per eccellenza, la paziente delle prime cure analitiche che «si trova sposata con un uomo che ha poche cure per lei, opprime la sua volontà [...] e non le dedica ne tenerezza ne il proprio denaro», fa della malattia la sua «arma per affermarsi nella vita», un'arma che «costringe il marito a sacrifici finanziari e a premure che non avrebbe avuto per la moglie sana» (30).

La malattia seduce, induce l'altro a legarsi al malato attraverso la cura. Non sarà così anche per la cura analitica? Direi proprio di sì. Ma è necessario aggiungere che quando si parla di seduzione dell'analista, quel 'genitivo' ha un doppio senso: seduzione nei confronti dell'analista, e seduzione come azione dell'analista nei confronti del paziente. Abbiamo visto che una qualità seduttiva è insita nella natura stessa del rapporto analitico, nella modalità dell'investimento dell'analista nei confronti del paziente. Esistono tuttavia anche altre forme di seduzione che il terapeuta può agire, spesso inconsapevolmente, forme più subdole e sottili, che originano da problematiche di potere o dalla scarsa elaborazione di problematiche narcisistiche che hanno a che fare con la grandiosità, con l'esibizionismo e con l'aggressività. C'è una naturale fascinazione della ferita, nel senso che la mancanza affascina, vuole essere colmata, riempita, 'sedotta'. Ed è in ragione di tale apertura (cioè del bisogno del paziente di trovare risposta alla sua sofferenza) che l'analista può colludere con la tacita richiesta di seduzione del paziente. L'analizzando ha sempre una forte tendenza a idealizzare il proprio analista, e spesso, specie se soffre di problematiche narcisistiche, è indotto a proiettare *fuori* del setting i suoi sentimenti ostili e svalutativi. Analisti con problematiche affini rispondono colludendo col paziente, tendendo a promuovere l'idealizzazione, il potere e il controllo, e assumendo una posizione dominante rispetto al paziente che è essenzialmente sottomesso e masochista. Un'altra

(30) *Ibidem.*

forma di seduzione consiste nel colludere con le richieste *affettive* del paziente adottando le modalità 'soffici' di trattamento, che offrano una immediata pseudo-intimità: viene così «premiato» il narcisismo di entrambi, ma resta purtroppo intatta la patologia di base. Gratificandosi a vicenda, analista e paziente danno vita a un sodalizio apparentemente ben assortito, fruttuoso per entrambi e perciò indissolubile; ma dietro un transfert costantemente positivo, si nasconde in realtà una simbiosi ostile con intensi bisogni di dipendenza (31).

(31) L. Grinberg (1981), *Psicoanalisi. Aspetti tecnici e clinici*, Torino, Loescher, 1993.

(32) R. Schafer (1983), *L'atteggiamento analitico*, Milano, Feltrinelli, 1984.

Riferendoci sempre al termine 'seduzione' nel suo significato etimologico, come movimento attraverso cui si viene condotti in un luogo 'altro' rispetto alla propria rassicurante postazione, è possibile che anche il terapeuta venga trascinato 'altrove' dal paziente, venga «sbalzato da cavallo». Roy Schafer (32) afferma che si può parlare di seduzione nel rapporto analitico, quando uno dei partecipanti riesce a far abbandonare all'altro il suo ruolo.

L'influenza del paziente sui sentimenti inconsci dell'analista - il controtransfert - è allo stesso tempo la più potente forma di seduzione cui l'analista possa essere esposto. L'analista è un individuo che, non a caso, ha scelto un determinato impegno, quello cioè di confrontarsi continuamente con i propri fantasmi, con le proprie ferite. Se non nasconderemo a noi stessi il fatto che le conflittualità e le ferite per le quali si intraprende la professione analitica sono le medesime che portano in analisi i nostri pazienti, non ci sarà difficile capire che è proprio intorno a questo comune nucleo dolente che entrambi si è più vulnerabili, dunque più esposti. D'altra parte l'analisi è interminabile, ovvero nessun analista termina *definitivamente* il proprio lavoro introspettivo.

Il lavoro analitico, dunque, anima i fantasmi della seduzione. Ma perché si dia una trasformazione psichica questi fantasmi devono essere non dico smascherati ma identificati, individuati, riconosciuti come figure familiari, «vecchie conoscenze» che hanno un legame diretto con le prossime esperienze emozionali, quando diventare 'soggetti' coincide con la prima 'perdita dell'oggetto'. È dal lutto per la perdita del primo oggetto d'amore che è nato

in noi il primo fantasma della seduzione. Cacciati dal Paradiso non abbiamo più smesso di desiderarlo, di esserne sedotti per sempre. Da allora, siamo spinti a risolvere questo enigma che ci costituisce come soggetti, e la passione per ogni *opus*, dall'arte all'esperienza religiosa, all'amore,, risponde a questo anelito di creare qualcosa a partire da questo «essere sempre altrove» dell'oggetto d'amore.

L'analisi, per le caratteristiche che abbiamo già evidenziato, è uno dei luoghi privilegiati per il compimento di tale impresa. Nell'analisi si reinstaura l'originaria situazione di seduzione, ma il terapeuta è chiamato a dissuadere il paziente da una lettera semplicistica, e alla fine sterile, di questa problematica. Riconoscere i fantasmi non vuoi dire infatti dar loro i nomi e i volti dei nostri padri e delle nostre madri, sempre manchevoli, assenti, traditori o anaffettivi, e proprio in forza di questa defezione, ancora più seducenti in quanto oggetti d'amore impossibili: significherebbe restare tragicamente avviati a un destino di frustrazioni, nell'attesa di un risarcimento irrealizzabile - e la nevrosi è proprio l'attestazione di questo avvitemento a richieste di soddisfazione impossibili.

Occorre invece, con un radicale mutamento di prospettiva, riconoscere all'amore di transfert non solo la sua qualità coattiva, il suo essere cioè una ripetizione di altro, di un rimosso, di una scena irrealizzabile del desiderio, ma la sua valenza fortemente simbolica e dunque al servizio delle più alte funzioni creative della psiche. Il transfert non è solo alleato del desiderio trasgressivo e regressivo del paziente, ma è anche la sua più potente arma di crescita, di sviluppo. Quando il paziente, irretito da eros, si ritrova alle prese con un desiderio immenso nei confronti dell'analista, espone con la propria vulnerabilità e con le difese, anche quegli strati profondi della sua personalità di cui lui stesso non sospettava l'esistenza. Alle prese con questo alter ego che esige tutto l'amore, la comprensione e l'aiuto, egli non conosce altro rimedio che quello di chiedere al terapeuta un soccorso, che deve essere immediato e concreto. In queste circostanze il contratto analitico, le regole del setting e l'impegno del

terapeuta rappresentano l'istituzione necessaria atta a incanalare e dare «forma» a un *amore di transfert* che, per la violenza e la radicalità delle sue richieste, rischia di immobilizzare paziente e analista in un'impasse senza uscita: «Cosa debbo farne adesso io dell'amore che tu, proponendomi di abbassare le difese, hai attivato?» Questa è la domanda disperata che il paziente formula. Liquidare questa domanda con un'interpretazione da manuale, leggendola come riattivazione edipica, richiesta incestuosa e ripetizione di un erotismo 'perverso e polimorfo', non rende giustizia al «fare anima», né alla volontà, seppure inconscia, del paziente di accedere al suo autentico desiderio. Perché dietro alla domanda d'amore diretta all'analista, si nasconde la domanda più profonda relativa al proprio desiderio: «Cosa voglio /o?». Jung ha sottolineato con forza che esiste una tendenza della psiche alla totalità, una tensione dell'individuo alla realizzazione della propria personalità, allo sviluppo e alla espressione della propria creatività. La nevrosi attesta che, al contrario, l'individuo è fedelmente avvitato a un fantasma interno, alla sua potente seduzione che lo trattiene in un 'altrove' che svuota di pienezza e di progettualità il suo presente. Il transfert amoroso è, per il paziente, in qualche modo simile al rimedio omeopatico, per cui 'veleno guarisce veleno': il fantasma dell'analista può sovrapporsi al fantasma interno fino a sostituirvisi, e questa sembra al paziente la cura migliore.

Riconoscere il desiderio come tensione dell'anima verso ciò che la trascende, e riconoscere nella dimensione desiderante la ferita stessa non sanata tra l'io e il Sé, tra la dimensione orizzontale e la dimensione verticale dell'esistenza, ciò che muove la psiche ad autorappresentarsi e che spinge l'individuo ad allearsi col suo simile, significa superare le «rozze interpretazioni letterali» che inchiodano l'io, le riduttive «letture» edipiche e regressive del transfert, per accedere alla dimensione simbolica:

fino a che il mio daimon non ha preso fuoco, io rimango bloccato nel mio transfert e ho un legittimo bisogno della scintilla dell'eros altrui per lo sviluppo di me stesso [...] Il mio impulso di individuazione, il mio

desiderio di psiche, deve essere infiammato. Soltanto questo amore per la psiche - e non l'analisi delle 'reazioni transferenziali' - risolve il transfert bloccato (33).

(33) J.Hillman(1972), Il mito dell'analisi, op. cit., p. 121. j

Questo ci aiuterà a riconoscere che non l'altro, apparso nelle vesti dell'analista o del paziente, potrà appagare il desiderio e estinguere il fantasma, ma che *insieme* all'altro, nella reciprocità del sentire e del patire, dell'immaginare e del narrarsi, l'amore stesso per la psiche ci guarisce.