A proposito di transfert e controtransfert(1)

Harold F. Searles

Questo scritto è presentato innanzi tutto per il suo interesse storico. Searles fece un tentativo di pubblicarlo nel 1949 in due riviste d'ambito psichiatrico o psicoanalitico, ma l'articolo venne rifiutato cosicché finì per rimanere archiviato fino al 1979. In esso l'autore sostiene essenzialmente sia che i fenomeni transferali sono frutto di proiezioni, sia che tutte le manifestazioni proiettive, incluse le reazioni transferali, hanno una qualche base reale nel comportamento dell'analista, variando unicamente in termini quantitativi e non qualitativi. Il secondo punto da Searles messo in luce implica un certo grado di partecipazione emotiva dell'analista, un tema non adeguatamente descritto dalla letteratura classica che tende perlopiù a considerarla alla stregua di una semplice manifestazione di affettuoso interesse per il paziente. Secondo l'Autore, invece, l'analista durante la seduta sente e palesa in molti modi un ampio ventaglio di emozioni. L'utilità analitica di questa reale e ricca partecipazione emotiva da parte dell'analista è qui descritta minutamente. (2)

È unanimemente riconosciuto che l'esplorazione e la risoluzione dei fenomeni transferali costituiscono gli elementi essenziali della terapia psicoanalitica [oltre ai riferimenti sul transfert di Freud, vedi: Alexander e French (1946), Fenichel (1945), Lorand (1946), Rioch (1943)]. Per questa ragione, il continuo "approfondimento" della nozione di transfert è, a mio avviso, quanto mai necessario

(1) Si ringrazia l'editore Jason Aronson per aver concesso l'autorizzazione a tradurre e pubblicare in italiano questo lavoro di Searles, apparso in: *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 1979, 7, 165-188.
(2) Questa prima parte dell'articolo è la premessa editoriale dell'*International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, scritta da Robert Langs [N.d.T.].

al fine di migliorarne l'uso nella pratica e di poter trasmettere nell'insegnamento misure terapeutiche più efficaci. In particolare è indispensabile riaggiornare le nostre teorie sui fenomeni transferali, sia tenendo conto dell'odierna nuova crescente attenzione degli psicoanalisti verso i fenomeni dinamici, interpersonali e verso l'*hic et nunc* della situazione terapeutica, sia valutando la corrispettiva ricaduta tecnica di queste modificazioni teoriche che in parte contrastano la tendenza di Freud a vedere l'individuo in termini, per certi versi, statici, meccanicistici e storici.

Freud scrive: "Che cosa sono le traslazioni? Sono riedizioni, copie degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il progresso dell'analisi, in cui però – e questo è il loro carattere peculiare – a una persona della storia precedente viene sostituita la persona del medico. In altri termini, un gran numero di esperienze psichiche precedenti riprendono vita, non però come stato passato, ma come relazione attuale con la persona del medico" (Freud, 1901, 396-397).

Fenichel, generalmente indicato come il più autorevole portavoce del gruppo classico freudiano, autore della dotta *magnum opus* (1945) di inestimabile valore per gli psicoanalisti di qualsivoglia orientamento, così definisce il transfert: "La situazione analitica contribuisce allo sviluppo di derivati di quanto è rimosso, mentre, contemporaneamente, una resistenza opera contro questo stesso sviluppo. I derivati possono apparire come bisogni emotivi altamente concreti diretti verso la persona presente in quel momento; la resistenza falsa le vere connessioni. Il paziente fraintende perciò il presente nei termini del passato; e così, senza riconoscere la natura della sua azione, è tutto teso a rivivere il passato invece di ricordarlo: a riviverlo in modo più soddisfacente di quanto lo abbia fatto durante l'infanzia. "Trasferisce", in pratica, atteggiamenti passati sul presente" (Fenichel, 1945, 29, trad. mia).

Soffermiamoci adesso su alcuni altri autori – Silverberg, Rioch e Rank – i cui contributi sul transfert possono dimostrarsi utili a livello terapeutico.

Silverberg, riferendosi al termine *fraintende*, presente nella definizione di "transfert" di Fenichel, sostiene che tale termine "genera l'idea di un comportamento cieco, ripetitivo, mancante di specifici propositi (a parte il resistere alla terapia), come se un grammofono fosse stato messo in funzione e uno si fosse semplicemente dimenticato di spegnerlo" (Silverberg, 1948). Rileva inoltre quanto si senta deluso e frustrato il giovane analista che fa affidamento su questo concetto di transfert, allorché si accorge che il fenomeno transferale persiste

nonostante un lungo periodo di elaborazione terapeutica [*working through*], durante il quale l'emozione della situazione originale è stata rivissuta e ricostruita dal paziente. Silverberg, a proposito del funzionamento del paziente nella situazione *presente*, evidenzia il carattere *finalizzato* del transfert: il fatto cioè che il paziente fraintende *volontariamente* la situazione presente nei termini di quella passata. "Il transfert – egli dice – è il tentativo di imparare, con una serie di prove, come non essere indifesi e impotenti in una situazione che originariamente ci trovò così […]. Ogni transfert indica un bisogno di esercitare un completo controllo sulle circostanze esterne, in particolare su quelle umane e sociali […]. Vorrei presentare l'ipotesi che il transfert, come indice di coazione a ripetere, debba essere considerato in definitiva nient'altro che un tentativo di negare recisamente l'esistenza del mondo esterno e di quelle forze, in particolare quelle umane, che limitano e frustrano il bambino nel suo desiderio e nel suo sforzo o, se si preferisce, bisogno di vivere esclusivamente secondo il principio di piacere" (Silverberg, 1948).
Rioch scrive: "Io concordo [con Freud] che il lavoro principale dell'analisi consiste nell'analizzare i fenomeni transferali, sebbene per certi versi mi differenzi da lui rispetto a quale sia l'effettivo fattore curativo insito in questo lavoro. Sono infatti convinta che il transfert sia un'esperienza strettamente interpersonale, mentre Freud dà l'impressione che sotto la spinta della coazione a ripetere il paziente sia costretto a ripetere lo stesso modello, incurante dell'altra persona. Io credo invece che la personalità dell'analista possa determinare se il tentativo di analisi si risolverà in una cura […]. In questo processo il fine terapeutico non è mettere a nudo i ricordi infantili che poi si presteranno all'interpretazione analitica […]. La cura non consiste neppure unicamente in una ripetizione, durante la relazione analitica, della dannosa esperienza originale. Ciò che è curativo è all'opposto il fatto che, tentando di ricostruire in seduta con l'analista l'atmosfera che esisteva nella sua infanzia, il paziente possa sviluppare effettivamente qualcosa di nuovo. Che scopra, in altre parole, quella parte di sé che aveva dovuto rimuovere al momento dell'esperienza originale" (Rioch, 1943). Queste due considerazioni – l'effetto della personalità dell'analista nel determinare la qualità dei fenomeni transferali del paziente e la novità che questa nuova esperienza sia curativa per il paziente – mi sembrano utili contributi al concetto classico di transfert enunciato da Freud e Fenichel.
Rank, a prescindere dall'inaccettabilità del suo concetto di volontà, centrale nella sua visione terapeutica, propone rispetto al transfert alcune idee che, al pari

di quelle di Silverberg e Rioch, la tecnica psicoanalitica attuale potrebbe far proprie. Afferma: "La mia tecnica […] vede le reazioni [del paziente] come derivanti direttamente dall'esperienza terapeutica e le spiega come proiezioni e tentativi di soluzione di particolari conflitti dell'Io del paziente, che diventa il primo attore al centro della situazione allestita dall'analista; situazione che lui [il paziente] crea e ricrea in accordo con i suoi bisogni psichici. Il cosiddetto transfert, che per Freud non rappresenta niente più che una riproduzione dell'infantile, diventa un'espressione creativa di crescita e sviluppo della personalità nell'esperienza terapeutica" (Rank, 1936, 6). Anche se Rank non ha forse elaborato queste idee in modo veramente esplicito e dettagliato, i suoi commenti in questa citazione sembrano implicare assai più di quello che io stesso dirò nelle righe successive.

Personalmente, se parto dalla mia esperienza clinica, sono stato essenzialmente colpito da due aspetti dei fenomeni transferali: la loro idiosincratica natura *proiettiva* e il loro essere regolarmente stimolati dall'atteggiamento emotivo *attuale* dell'analista. Si tratterebbe quindi di fenomeni che implicano distorsioni solo quantitative e non qualitative.

I fenomeni transferali come proiezioni

I due casi seguenti sono rappresentativi di ciò che mi spinge a ritenere che le manifestazioni transferali siano sempre proiezioni del paziente.

Caso I

Un uomo di venticinque anni, che finora ha svolto novantacinque ore di terapia individuale e ventisei di terapia di gruppo, nelle ultime venti sedute individuali mostra il seguente comportamento: nel corso delle libere associazioni parla con crescente intonazione interrogativa, come se mi chiedesse: "Sta ascoltando?", "Mi segue?".

Nella fase del trattamento a cui mi riferirò, egli descrive le difficoltà di comunicazione patite in passato con la madre e il padre. La madre si comportava come se avesse un dialogo diretto con Dio o con Gesù e durante questi episodi chiedeva insistentemente al figlio: "Non lo vedi?", esortandolo ad ascoltare la voce che lei udiva. Il paziente dice di essersi sentito incapace in quel periodo di starle emotivamente vicino, perché se fosse entrato nel mondo di fantasia della madre "[…] sarei stato con lei tutto il tempo, mi avrebbe preso per mano e istruito alla meditazione e a tutta quella merda […] saremmo stati io, lei e Dio, e nessun altro. È questo

che temevo: entrare nel mondo di mia madre. Starle vicino avrebbe voluto dire rinunciare a chiunque altro significasse qualcosa per me... come andare in una fossa di serpenti... sì, proprio in una fossa di serpenti". Mentre racconta queste cose il paziente rabbrividisce, diventa tutto rosso e si agita.

Riguardo al padre, il paziente ha recentemente espresso rabbia per il suo abituale "[…] tagliarmi fuori ogni volta che provavo a discutere qualcosa". Si arrabbiava quando il padre spostava improvvisamente l'attenzione da lui a un articolo sul giornale non appena iniziavano a discutere. Allo stesso modo, nei suoi primi anni di vita, il padre non aveva mai partecipato spontaneamente ad alcuna attività del figlio, ma lo aveva fatto solamente in risposta alle sue richieste. È dispiaciuto che suo padre sia stato una persona tanto taciturna e, in sostanza, incapace di mostrare interesse ai tentativi di dialogo suoi e della madre.

Poco dopo l'inizio della terapia sono emerse forti reazioni transferali verso di me: si comportava come se fossi concretamente sua madre o suo padre, passando dal transfert materno a quello paterno più volte nell'arco della seduta.

Non ci sono dubbi sul fatto che il paziente, convinto della mia scarsa attenzione, si comporti come se io fossi davvero la madre o il padre. (Per quel che ne so, devo precisare che questo particolare comportamento del paziente non può essere spiegato completamente in termini di realtà). D'altra parte ci sono prove abbondanti che il paziente in questo modo stia *proiettando* sull'analista la *propria* tendenza a comportarsi come se l'altra persona, in questo caso il terapeuta, non fosse presente:

1. Nel corso della quinta ora di terapia, ha confessato che non gli era piaciuto uno psichiatra che aveva consultato prima di giungere nella clinica dove lavoro poiché lo aveva "interrotto troppe volte". Durante la terapia con me, raramente si comporta come se desiderasse un mio qualsiasi commento.
2. Alla settantottesima ora, esprimendo risentimento verso la sua ragazza, il paziente si infuria: "Lei fa un'altra cosa che mi fa arrabbiare […] qualcosa che mia madre era solita fare […] Gesù! Mi fa impazzire! […] Mentre sto ascoltando un pezzo alla radio mi dice: "Com'era la cena?"; e io rispondo: "Buona, buona" e torno ad ascoltare la radio. E lei: "Ti è piaciuto il prosciutto?"; e io: "Buono, buono" e torno di nuovo alla radio. La cosa che mia madre faceva di solito era: io ero intento a qualcosa e lei

mi faceva una domanda; rispondevo, tornavo a ciò che stavo facendo e lei continuava con un'altra domanda. Rispondevo, tornavo alle mie cose e lei mi interrompeva con un'altra stramaledetta domanda! Soltanto per *stuzzicare, stuzzicare, stuzzicare*! La prima domanda poteva avere un senso […] ma

180
poi lei […] beh, era come se lei chiedesse: "Il cielo è blu?". Si comportava allo stesso modo con mio padre mentre leggeva il giornale […]. Gli diceva: "John, pensi che Roosevelt si candiderà come Presidente?". Lui rispondeva: "Penso di sì"; e lei, uscendo dalla stanza, si girava e chiedeva: "Beh, e perché si candiderà?" e tornava indietro dalla cucina. Continuava così tutta la sera, proprio come una bambina insopportabile. Non mi importa se la gente parla […] Se uno riesce a non ascoltarla, va anche bene […] ma se parlano mentre tu sei intento a qualcosa e ti interrompono […]".
3. Durante una seduta di terapia di gruppo con altri tre pazienti, subito dopo l'ottantanovesima ora individuale, lo stesso uomo manifesta parlando di G, un altro paziente il desiderio di "arrivare a lui, di abbattere il muro o la facciata dietro cui si nasconde". G gli chiede: "Perché questo ti da così fastidio?" e R, il paziente in questione, risponde: "Mi sento come se io fossi vulnerabile e tu protetto". Nella stessa seduta R proseguendo questo dialogo dice riferendosi a G: "Tu sei una persona cordiale. Se io divento cordiale con te e butto giù le mie difese[…]"; al che G lo interrompe: "Pensavo proprio che non ne avessi" e R esclama sorpreso: "Ho detto così?".
4. Alla novantesima ora, nell'esprimere rabbia nei confronti della madre, lentamente e sovrappensiero R mi confida: "Quando lui [il padre] era fuori per un viaggio, lei diceva: "Eccomi qua sola con voi bambini" […] "Eccomi qua sola con voi bambini"[…] "e lui è a Chicago!" […] Come se lei, in pratica, avesse voluto essere a Chicago piuttosto che con noi".
Verso la fine della seduta poi, dopo aver continuato a esternare molta ostilità verso il padre e la madre, commenta: "Ogni tanto, se mi distraggo per un attimo parlando di qualcosa quando giungo ad accorgermi della sua presenza mi sento confuso. Quello che sto cercando di dire è […] mi sto chiedendo se […] se stavo parlando con lei per tutto questo tempo, visto che avevo quasi dimenticato la sua presenza; come se me ne fossi andato pensando a qualcosa che mi interessava, per quindi tornare arrabbiato da lei, che mi ha portato lontano da ciò a cui stavo pensando. Sarebbe magnifico parlare e parlare senza mai doversi rivolgere a qualcuno: solo parlare, parlare, parlare fin quando non ti sei liberato di tutta la merda. In momenti come questo, se io non fossi qui, *se stessi parlando a qualcuno*, comincerei a scherzare, a dire stronzate, non direi niente di serio". Quando richiamo l'attenzione di R sulla sua affermazione: "Se non fossi qui, *se stessi parlando con qualcuno*", il paziente stupito dice: "Sa cosa stavo cercando di dire? Stavo cercando di dire: se lei non fosse qui e io stessi parlando da solo".

181
È probabile che il paziente, almeno in quest'ultima situazione, voglia eliminarmi dalla sua consapevolezza per mantenere rimossa l'ostilità nei miei confronti, tenendo viva "con meno rischi" quella diretta verso i genitori assenti; ma questo va al di là di ciò che in questa sede voglio soprattutto mettere in luce: ossia che il paziente si comporta spesso con la stessa "freddezza" interpersonale che lui attribuisce al terapeuta nella situazione transferale descritta (vedi l'intonazione cui prima ho accennato: "Sta ascoltando?").

Caso 2
Un uomo di trentun anni, alla centodiciottesima ora di seduta individuale, rivela il contenuto di certe reiterate fantasie, coltivate per molti anni, per le quali aveva in precedenza manifestato grande imbarazzo. Dopo una lunga pausa dice amaramente: "Mi stavo chiedendo quali esami si debbano superare per sapere se si è abbastanza figli di puttana per fare gli psichiatri. Qui io le ho dato qualcosa

di veramente prezioso di me e lei non mi dice neanche grazie". Dopo qualche minuto aggiunge: "Stavo seduto qui cercando di pensare a tutte le ragioni per cui lei è una persona detestabile: bisogna allenarsi a starsene seduto a non fare niente e ascoltare tutto ciò che le persone dicono, senza scomporsi; per qualche ragione mi è improvvisamente sembrata una cosa terribile". Quando gli chiedo di fare delle associazioni sul suo pensiero circa "qualcuno che non si scompone", il paziente prontamente dice: "I miei fratelli; io pensavo che esprimere emozioni fosse tipico delle donne, che gli uomini fossero uomini perché non esprimevano emozioni; era questa l'idea che aveva la mia famiglia".
Questo episodio è un esempio di transfert nel comune senso del termine: il paziente si comporta come se il terapeuta fosse una figura dei suoi primi anni di vita. Non ho dubbi sull'esistenza di un aspetto "storico" in questa situazione transferale, ma che il paziente stia inoltre *proiettando* è ben esemplificato da quanto segue:
1. Durante la centodiciannovesima ora, successiva a quella testé riportata, il paziente mi narra alcuni particolari legati alla malattia di una delle sorelle, verificatasi ai tempi del suo servizio militare oltre oceano durante la Seconda Guerra Mondiale. Sottolinea in sostanza che, al ritorno negli Stati Uniti, quando uno dei suoi fratelli più vecchi – a lungo socio in affari della sorella, e verso il quale il paziente sentiva per varie ragioni forte risentimento – lo informò degli inizi della malattia quasi giustificandosi che lui non c'entrava niente, egli se ne stette lì a bocca chiusa ad ascoltare, commentando rispetto a questo suo atteggiamento:

"Fu la cosa più cattiva che potessi fare". Mentre mi riferisce questo episodio il paziente pare molto imbarazzato, aspetto che manifesta raramente durante le sedute. Non appena gli suggerisco di fare associazioni su: "qualcuno che sta lì seduto con la bocca chiusa e ascolta", immediatamente ed enfaticamente il paziente dice: "Lei".
2. Sovente il paziente, durante le sedute di gruppo, rimane manifestamente e deliberatamente in silenzio facendo inesorabilmente arrabbiare ora l'uno ora l'altro dei partecipanti, che tentano a loro volta di avere da lui qualche reazione verbale.

È molto probabile che il paziente, dopo aver comunicato il contenuto delle sue fantasie, proietti un suo elemento ostile nel mio comportamento, da lui sentito freddo ed evasivo. Attento alle emozioni e ai pensieri che sorgono in me a partire dalla narrazione delle sue fantasie e dai suoi successivi amari commenti, non riesco tuttavia a trovare un'adeguata base di realtà alla sua sensazione di essere trattato in modo ostile. Deduco allora in questo caso che sia in gioco un vero e proprio fenomeno transferale.

Ho spesso sperimentato nelle normali giornate di lavoro psicoterapeutico che, ogniqualvolta affiora un fenomeno transferale, è possibile ottenere abbondanti prove non solo della sua origine nella vita familiare caratterizzante l'infanzia del paziente, ma anche della proiezione di qualche atteggiamento emotivo del paziente stesso; atteggiamento che è parte molto attiva del suo funzionamento, del suo corredo emozionale adulto, ma che il paziente, nel momento in cui il fenomeno transferale si manifesta, esclude dalla coscienza.
Sulla base di dati clinici e storici, come quelli descritti nei due casi precedenti, l'origine psicodinamica del "transfert" potrebbe essere la seguente: il bambino si abitua sin dall'inizio a recitare *ruoli* stereotipati nel rapporto con gli altri membri della famiglia (Rioch, 1943) o, più genericamente parlando, con le "persone per lui significative" (termine introdotto da Sullivan, 1940).
A titolo esemplificativo: il bambino si accorge che chiedere ai genitori qualunque tipo di aiuto provoca in loro disprezzo o irritazione, tanto che, in queste situazioni, si sente dolorosamente respinto. Questa relazione di "ricerca d'aiuto" con i genitori rivela al bambino che chi cerca aiuto si ritrova dolorosamente respinto. Ma, punto importante da evidenziare, egli diventa anche intimamente familiare con l'atteggiamento dei genitori (per ragioni di semplicità, assumiamo

183
che entrambi i genitori abbiano qui un ruolo simile: entrambi respingono regolarmente chi chiede aiuto), cosicché strada facendo si convince sempre più che ogni persona cui è richiesto aiuto reagisce con disprezzo o irritazione. Potremmo di conseguenza dire, a proposito delle situazioni in cui una persona chiede aiuto a un'altra, che il bambino apprende bene non solo il ruolo A, giocato dalla madre e dal padre, di chi in tono sprezzante o irritato respinge una richiesta d'aiuto, ma anche il ruolo B, quello che lui stesso ha interpretato così tante volte da bambino, di chi è dolorosamente respinto nei suoi tentativi di ottenere assistenza.
Quando incontriamo questo tipo di bambino, diventato ormai adulto e paziente nevrotico, constatiamo quasi sistematicamente che la sua consapevolezza dei possibili comportamenti da tenere nelle situazioni di aiuto non si è ampliata affatto attraverso il contatto con altre persone che non siano i suoi stessi genitori. Egli, infatti, ha finito per mantenere invariata l'idea che da bambino si era fatto di queste situazioni.
Senza approfondire qui le complesse ragioni di questo comportamento stereotipato, mi limito a segnalare che, nel riproporsi nello stesso ruolo del passato, l'individuo nevrotico si mette sempre in relazione anche con un elemento *reale* che appartiene al background emotivo non solo delle "persone per lui significative" nell'infanzia, ma di tutte le persone con cui viene ed è venuto in contatto da adulto.
Supponiamo, per esempio, che il nostro paziente adulto, che da bambino si è convinto che chi cerca aiuto viene crudelmente respinto, cerchi di avere qualche aiuto da una persona che non conosce. Ipotizziamo che l'estraneo abbia avuto un'esperienza di dare e ricevere aiuto decisamente diversa da quella del paziente, che sia in altri termini disposto in linea di massima a concedere aiuto se se ne sente capace e che, se non lo fa, non è qualche tendenza crudele insita in lui a determinarne il comportamento. Questa persona, al di là della sua propensione ad aiutare, ha comunque pur sempre anche la potenzialità di nuocere, sì che il nostro paziente potrebbe proprio stimolare l'espressione di siffatti sentimenti approfittando del fatto che, come sappiamo, nessun essere umano differisce qualitativamente da un altro nel corredo emozionale posto al servizio delle attività di relazione.
Sullivan, a proposito di quest'ultima notazione, con pertinenza osserva: "Nei fenomeni della malattia funzionale più grave non vi è nulla di eccezionale e di unico. […] Il comportamento più bizzarro del più grave schizofrenico è fatto di processi interpersonali che ciascuno di noi conosce o ha conosciuto in passato" (Sullivan, 1940, 23).

184
È molto probabile poi – a meno che l'altro individuo sia così completamente consapevole di sé da evitare di essere messo nei ruoli a cui lo spinge l'interlocutore (evenienza piuttosto rara) – che il nostro paziente gli chieda aiuto in un tono tale (sgradevole, derisorio o addirittura alienante) da incoraggiare lo sconosciuto a respingere bruscamente la sua richiesta.
In generale, in circostanze come questa, per l'individuo nevrotico di cui stiamo parlando, che conosce unicamente la possibile reazione di rifiuto crudele, il relazionarsi con l'insieme emozionale dell'estraneo implicherebbe l'espressione di qualità emotive simili o complementari in se stesso, cosa di cui non è capace a causa della sua esperienza passata. Non può di rimando entrare in contatto con sentimenti diversi e neppure permettersi di sperare di ricevere aiuto giacché, nella sua esperienza infantile, la speranza troppo spesso si è trasformata in delusione, seguita da sentimenti di rabbia da rimuovere. La speranza in definitiva non può da lui che esser mantenuta rimossa.
Per questa ragione il paziente nevrotico è attento a non far "crescere la speranza". Questo fattore, se da un lato incoraggia l'estraneo a comportarsi in un modo che conferma le stereotipate opinioni del paziente sulle persone, permette dall'altro al paziente di proiettare sullo sconosciuto le proprie tendenze a rifiutare in modo crudele le persone in cerca d'aiuto. Il paziente uscirà perciò, molto

probabilmente, da questa situazione non solo pensando: "Giusto come mi aspettavo! Ho ragione a pensare che la gente non aiuta, per cui mi sono comportato nel modo migliore", ma anche: "È lui quello cattivo, quello che rifiuta, non io". Un vantaggio di certo non trascurabile per il classico nevrotico dominato dai sensi di colpa.
Come sappiamo il nevrotico ha solitamente un intenso bisogno di "valutare" e di categorizzare le altre persone. Se la situazione di per se stessa non favorisce il ruolo per lui più usuale nei riguardi degli altri (come quella che abbiamo sopra riferito), il nevrotico la struttura in ogni caso in modo a lui familiare, secondo un modello che gli permetta di sapere quale ruolo, A o B, interpretare con gli altri e quale mantenere rimosso.
Prendiamo ad esempio W, un uomo nella cui esperienza nevrotica la cultura serve soprattutto come arma potente e che da bambino si sentiva schiacciato dall'intelligenza paterna. Supponiamo che, ormai adulto, W partecipi a una festa dove si chiacchiera cambiando spesso argomento. W probabilmente tenterà di creare una situazione intellettualmente *competitiva*, una sorta di lotta di potere che può aver nulla a che vedere con il contesto della festa a cui partecipa. Sceglierà

per esempio un altro individuo, che chiamiamo Y, e inizierà con lui una lunga discussione su un argomento "serio" qualsiasi. Sostenendo con Y un ruolo sia di oratore (simile al ruolo che spesso suo padre recitava nei suoi confronti) che di ascoltatore ammirato e ossequioso (come era lui stesso abituato a fare verso il padre e come fa ora in relazione a quello che gli sembra essere il "potere" intellettuale di Y), W ricrea così una situazione interpersonale che segue il modello comportamentale a lui familiare: ha perciò la sensazione di conoscere assai bene il proprio posto, non ha paura dei veloci cambi di argomento nella conversazione (inclusi i cambi di ruolo), ha – in sintesi – il controllo di qualcosa che, se avvenisse diversamente, lo sconcerterebbe troppo.
Un altro mio paziente mi confida in seduta che, ogniqualvolta conosce una persona, tenta in un modo o nell'altro di "categorizzarla" e, se non ci riesce al primo incontro, sente di doverla incontrare di nuovo principalmente per inquadrarla in qualche categoria nota.
Un altro paziente ancora, un giovane che durante l'infanzia aveva subíto frequenti e violente percosse da parte del padre e di molti dei suoi compagni di gioco, e che in adolescenza aveva iniziato a reagire alle botte del padre ed era diventato un bullo di quartiere, venendomi a parlare delle sue prime reazioni alla vita militare ricorda: "Quando "arrivai" nell'esercito e vidi tutti quegli uomini, dissi a me stesso: non sarà facile avere a che farci. Ci sarà da combattere. Me ne dovrò stare in disparte". Restò invece puntualmente coinvolto in una lunga serie di risse, molte delle quali, per sua stessa ammissione, provocate da lui stesso: "Di grossa o di piccola stazza, non ci facevo caso". Ne usciva talora vincitore talora no, ma questo era per lui l'unico modo conosciuto per rapportarsi ai commilitoni, l'unico modo in cui sentiva di potersi relazionare veramente con le altre persone del suo sesso: ossia, combattendo. Sentiva in sostanza il bisogno di strutturare il rapporto con gli altri che a un individuo diverso avrebbe dato la possibilità di vivere una vita militare tranquilla, o anche non così tranquilla, ma certamente priva di battaglie nel suo stereotipato modello di *lotta*.

I fenomeni transferali del paziente in alcuni rari casi arrivano financo a tradursi in *grossolane distorsioni nella percezione dell'aspetto fisico del terapeuta:* il paziente può, per esempio, dotare un analista senza barba di una barba simile a quella che possedeva suo nonno.
Credo che anche in questo caso operi il meccanismo della proiezione e che il paziente proietti sul terapeuta qualcosa che gli appartiene. Può darsi che queste

grossolane distorsioni morfologiche avvengano quando il paziente ha bisogno di proteggersi dalla consapevolezza di qualche aspetto di sé eccessivamente intollerabile e molto vicino alla coscienza.

Distorsioni di questo tipo possono avvenire non solo per una singola emozione, ma soprattutto allorché il paziente sente il bisogno urgente di proiettare un complesso di emozioni, modificando quindi la sua percezione del terapeuta per adattarla alla morfologia della persona che nell'infanzia ha stimolato in lui il complesso emozionale che in quel momento è operante. La percezione di un terapeuta, in realtà senza barba, come un nonno barbuto potrebbe dunque originarsi – mi rifaccio a una situazione recentemente affrontata – da un bisogno di proiettare l'insieme di fermezza-disprezzo-crudeltà, che ha emotivamente caratterizzato il comportamento del nonno in questione nei confronti del paziente-bambino che qui ho in mente.
A ogni buon conto, quando queste distorsioni sono messe in atto dal paziente in seduta, dovremmo focalizzare la nostra attenzione più sulle emozioni proiettate che sulla struttura morfologica usata per descriverle. Quindi le domande non sono tanto: "È una ripetizione di quale relazione infantile?" oppure: "Il paziente mi percepisce come quale figura della sua infanzia?", quanto piuttosto: "Quali *emozioni* nel *nostro rapporto* sono così intollerabili che il paziente finisce per sentire la necessità di proiettarle su di me, anche se questo richiede una grossolana distorsione della percezione della mia persona e la mia trasformazione in un "obiettivo-capro espiatorio" conforme alle emozioni da lui proiettate?" e infine: "Quali aspetti della relazione *hic et nunc* causano nel paziente il ridestarsi di sentimenti che lui non tollera affatto?".
La pratica clinica offre del resto innumerevoli prove del fatto che il paziente può veramente avere simili immagini distorte di sé:
1. Una giovane donna sposata, frigida e profondamente spaventata dai contatti sessuali con il marito, dopo molti mesi di terapia comincia a parlare dei suoi approcci sessuali matrimoniali. Improvvisamente, durante la conversazione, abbassa lo sguardo sulla borsetta che tiene in grembo, guarda in alto con espressione stupita e, ridendo nervosamente, dice: "Sono così sorpresa di vedere *qui* la mia borsetta. Non ho mai pensato di possedere delle gambe. C'è voluto molto tempo per capirlo, sa?" e poi aggiunge: "Ho sempre pensato alle persone come teste senza corpo".
2. A proposito dei *sogni* Freud scrisse: "Essi sono tutti assolutamente egoistici, in tutti compare, anche se travestito, il caro Io" (Freud, 1899, 248).

"All'esperienza che ogni sogno riguarda la persona che sogna, non ho trovato sinora alcuna eccezione […]. Là dove nel contenuto onirico non compare il mio io ma soltanto una persona estranea, posso tranquillamente supporre che il mio io è celato per identificazione dietro quella persona" (Freud, 1899, 297). Anch'io ho notato, nell'analizzare i sogni, che ogni figura onirica, non importa se fisicamente diversa dal paziente, rappresenta una vivida descrizione di alcuni aspetti della personalità del paziente; le figure che compaiono nei sogni rappresentano sempre un'"immagine di se stessi".
3. A proposito delle *allucinazioni*, la cui bizzarria è praticamente illimitata, Fenichel afferma: "Fattori interni sono proiettati e vissuti come se fossero percezioni esterne […]. Le allucinazioni sono […] un ritorno deformato degli impulsi tenuti lontani, sotto forma di proiezioni" (Fenichel, 1945, 478-79).
4. Hertzman e Pearce in uno studio sul significato delle figure umane nelle tavole *Rorschach* arrivano a concludere che la maggior parte delle risposte umane fornite dai soggetti rappresentano autoritratti del soggetto. Queste risposte umane includono figure molto bizzarre (proiettate nelle macchie d'inchiostro non strutturate) come gnomi, caricature, fantasmi, marionette, statue, o interi scheletri.
Il numero di casi studiato da questi autori è ridotto (dodici): ma le loro conclusioni sono tratte non esclusivamente da una valutazione dei dati raccolti attraverso il *Rorschach*, ma anche da osservazioni cliniche estrapolate dal trattamento psicoterapeutico (durato in media dieci mesi) di questi pazienti. Gli autori sottolineano essenzialmente che: "Molti degli autoritratti dei nostri soggetti rappresentano aspetti del sé che sono per loro fonte di disturbo. È ancora da valutare se il tipo di autoritratto emerso nel *Rorschach* rimanga tale dopo che il paziente ha migliorato l'accettazione di sé" (Hertzman e Pearce, 1947, 421). Questa loro affermazione è assolutamente in sintonia con la mia esperienza

psicoterapeutica dei fenomeni transferali: soprattutto con il fatto, da me più volte riscontrato, che il bisogno di proiettare e le conseguenti distorsioni transferali diminuiscono allorché aumenta l'accettazione di se stessi.

I fenomeni transferali come proiezioni: implicazioni terapeutiche

Questa visione del transfert sembra avere importanti implicazioni nel processo di elaborazione terapeutica, come Freud stesso ha affermato: "Si deve

lasciare all'ammalato il tempo di immergersi nella resistenza a lui ignota, di rielaborarla, di superarla persistendo, a dispetto di essa, nel suo lavoro che si attiene alla regola psicoanalitica fondamentale […]. Questa rielaborazione delle resistenze […] è la parte del lavoro che produce i maggiori mutamenti nel paziente e che differenzia il trattamento analitico da tutti i trattamenti di tipo suggestivo" (Freud, 1914, 361).

Fenichel a proposito della rielaborazione che deve fare il paziente ha scritto: "Il processo per cui si deve mostrare ai pazienti molte e molte volte la stessa cosa in momenti e contesti diversi è chiamato, secondo un'espressione di Freud, "elaborazione terapeutica" […]. Sempre di nuovo il paziente in analisi deve provare il vissuto "anche qui!" e "un'altra volta!"" (Fenichel, 1941, 84-85).

L'ottica di Fenichel sulla missione interpretativa dell'analista in questa elaborazione terapeutica si riflette nelle seguenti affermazioni: "Schematicamente un analista, interpretando un transfert, dice: "non è verso di me che si dirigono i suoi sentimenti; in realtà lei intende suo padre". Ma vi sono molti pazienti che sanno cosa è il transfert, e che si difendono contro un eccitamento emotivo che sta per sorgere, riferendolo alla sua natura transferale. In tali casi è necessaria l'"interpretazione del transfert rovesciata": "la sua presente eccitazione non è dovuta a suo padre ma a me" (Fenichel, 1945, 522, trad. mia).

In ambedue le situazioni citate da Fenichel sarebbe, a mio avviso, utile considerare i sentimenti del paziente come diretti verso un aspetto proiettato del *Sé*. Questo non vuol dire che non abbia valore seguire a ritroso fino all'origine infantile le tracce storiche dei fenomeni transferali; ma se non teniamo a mente la qualità proiettiva di questi fenomeni, escluderemo molto materiale di potenziale valore nel processo di elaborazione terapeutica. Per un paziente che proietta il proprio disprezzo, per esempio sul terapeuta e sugli altri, è terribilmente importante divenire consapevole delle proprie sprezzanti attitudini rimosse, visto che strutturano la sua relazione interpersonale in modo che l'altra persona si sente disprezzata, risentita e non vedrà l'ora di riversare altrettanto disprezzo sul paziente.

Se, al contrario, ci focalizziamo solo su una delle due "metà" del materiale da rielaborare, quello che mostra il suo percepire prevalentemente il disprezzo delle altre persone, noi non lo aiutiamo a capire che i suoi atteggiamenti sprezzanti, più evidenti agli altri che a lui stesso, promuovono la formazione di relazioni interpersonali nelle quali, ripetutamente, il reciproco "mezzo di scambio emotivo" è il disprezzo.

Le proiezioni del paziente come indicative delle qualità reali dell'analista

Freud scrive: "La nostra descrizione del comportamento di entrambi i paranoici, del paranoico geloso e di quello persecutorio, è molto insufficiente se ci limitiamo ad affermare che essi proiettano all'esterno, sugli altri, quello che non vogliono riconoscere nel proprio intimo. Certamente è così; ma non proiettano per così dire nel vuoto, dove non si trova nulla di somigliante; invero essi si lasciano guidare dalla loro conoscenza dell'inconscio e spostano sull'inconscio delle altre persone l'attenzione che hanno stornato dal proprio. Il nostro marito geloso riconosce l'infedeltà di sua moglie al posto della propria; prendendo coscienza dell'infedeltà della moglie e ingrandendola enormemente, egli riesce a mantenere inconscia la propria infedeltà" (Freud, 1921, 370-371).

Non diversamente rispetto a Freud, Fenichel nel discutere le manie di persecuzione segnala: "È interessante notare che l'odio non è mai proiettato a vuoto, ma è di solito connesso con qualcosa che ha una base reale. I pazienti che soffrono di idee di persecuzione, sono estremamente sensibili alle critiche, ed usano questo loro rendersi conto di ogni critica reale, per quanto insignificante, come base concreta delle loro idee deliranti. Questa base deve, naturalmente, venire estremamente esagerata e deformata perché possa servire a questo scopo […]. L'individuo paranoico è particolarmente sensibile nel percepire l'inconscio degli altri, e tali percezioni possono essere usate per razionalizzare la tendenza alla proiezione" (Fenichel, 1945, 428, trad. mia).
Per quanto riguarda la mia esperienza clinica, ho sempre trovato in me stesso una qualche base reale per le caratteristiche che i pazienti, tutti i miei pazienti, sia che fossero, ad esempio, paranoidi, o ossessivo-compulsivi, o isterici proiettano su di me. Sembra che tutti i pazienti, non solo quelli con tratti prevalentemente paranoidi, siano in grado di "leggere l'inconscio" del terapeuta. Questo processo di lettura dell'inconscio dell'altro dopo tutto è fondato semplicemente sull'attenzione a ogni minima variazione nella postura, nell'espressione facciale, nel tono di voce e via dicendo, di cui l'altra persona è il più delle volte inconsapevole.
Tutti i pazienti nevrotici e psicotici, a causa del loro bisogno di adattarsi ai sentimenti altrui, sin da bambini hanno dovuto imparare, solitamente nel rapporto con genitori dolorosamente imprevedibili, a stare attenti a tali sfumature di comportamento.

La scoperta che le proiezioni del paziente hanno un fondamento reale non trascurabile nel comportamento del terapeuta richiede dal mio punto di vista una sostanziosa modifica delle idee attuali sul ruolo delle emozioni dell'analista in terapia. Vediamo che cosa affermano due autorità del nostro campo a proposito degli affetti dell'analista:
1. Fenichel: "Il problema [della terapia psicoanalitica] si complica ancor più se il paziente ovviamente snatura la situazione reale, e ama o odia l'analista per qualcosa che, nel giudizio dell'analista, è inesistente. Tale snaturamento della situazione concreta ricorre regolarmente in quasi ogni analisi […]. Mentre, in altre situazioni, si reagisce alle azioni e alle parole di una persona – provocando così nuove reazioni e creando nuovi fatti i quali celano il carattere transferale dell'azione originale –, l'analista, al contrario, *non offre al paziente alcuna concreta provocazione, e risponde alle sue esplosioni affettive soltanto rendendolo avvertito di questo suo comportamento*" (Fenichel, 1945, 40, corsivo aggiunto da Searles). "L'analista rende efficace questa interpretazione [del transfert] *non reagendo emotivamente* a nessun desiderio emotivo del paziente, al suo amore, odio o angoscia; egli rimane lo "specchio" che non fa nulla, ma mostra al paziente quanto egli stesso stia facendo" (Fenichel, 1945, 639, corsivo aggiunto da Searles).
2. French: "Il terapeuta è preparato a reagire a ogni manifestazione del paziente con comprensivo ma imparziale e scientifico interesse, senza lode o biasimo" (Alexander e French, 1946, 81).

Concordo nel descrivere il comportamento esteriore dell'"analista ideale" come abbastanza imparziale tranne che per un amichevole interesse. Ma il giovane analista, di fronte a episodi come quelli da me riferiti, è portato a concludere che sarebbe meglio se le sue reazioni interne fossero limitate. Un tal equivoco tende non solo a rendere il giovane analista inutilmente preoccupato quando si accorge di vivere, di volta in volta, una grande varietà di sentimenti per il paziente: lo induce anche a considerare questi sentimenti semplicemente come "alieni indesiderati" e sgraditi nel suo lavoro analitico. In quest'ultima eventualità non riesce a utilizzare uno strumento potenzialmente di elevatissimo valore nell'informarlo su ciò che il paziente sta tentando di fare, vale a dire non riesce a far tesoro delle proprie reazioni emozionali interne (di essere umano) a ciò che il paziente sta facendo nella situazione analitica.

Se è pur vero che molti autori riconoscono che il ruolo di "specchio" non è di per sé né possibile né auspicabile, le emozioni dell’analista sono tuttavia perlopiù

191
considerate o come un intruso che compare sulla scena terapeutica o come qualcosa di nessun valore per l’indagine scientifica che l’analista porta avanti. Si legga Fenichel laddove, a proposito del compito dell’analista, afferma: "Egli [l’analista] rifiuta di partecipare a qualsiasi azione transferale del paziente perché il suo è un altro compito, incompatibile con tale partecipazione: essere il medico del paziente e curarlo. Essere il suo “specchio” non significa negare questo compito concreto. Un analista che interpretasse male la regola dello “specchio” nel senso di dover diventare inumano e di funzionare come un automa, andrebbe rapidamente incontro ad un insuccesso e se lo meriterebbe" (Fenichel, 1945, 639). Fenichel, in realtà, non si pronuncia veramente su cosa significhi un funzionamento dell’analista in termini "umani" e si limita ad asserire, come fanno di solito gli scritti di tecnica psicoanalitica su questo argomento, che ovviamente l’analista "non è realmente uno “specchio” privo di emozioni". Il mio pensiero è invece che le emozioni dell’analista debbano diventare, in considerazione del loro valore positivo in terapia, maggiormente soggetto di indagine, di un’indagine almeno tanto precisa e approfondita quanto quella che concerne le emozioni del paziente.
In un altro passaggio, Fenichel dice: "Un analista onesto ammetterà che, per quanto sia stato analizzato accuratamente, egli lavora meglio con certi tipi di pazienti che non con altri. Comunque, questa differenza non dovrebbe mai raggiungere un grado tale da impedirgli di lavorare con determinate personalità. Un analista deve avere un’ampiezza considerevole di immedesimazione sì da poter lavorare con ogni tipo di paziente. Se le cose a questo riguardo si allontanano troppo da quanto abbiamo detto essere idealmente auspicabile, l’errore può essere dell’analista, può avere le sue radici in un controtransfert negativo, o in un’irritazione per il fatto che un certo tipo di paziente non corrisponde alle aspettative che quell’analista impropriamente e inconsciamente connette con il proprio lavoro; in tali casi l’analista stesso dovrebbe essere analizzato più approfonditamente" (Fenichel, 1945, 580, trad. mia).
Leggendo questo passaggio, uno potrebbe ragionevolmente dedurre che i sentimenti d’irritazione verso il paziente sono di per sé rappresentativi di un "controtransfert negativo", che ha un’origine in qualche sentimento durevole e completamente antagonista da parte dell’analista, causato da qualche sua "macchia cieca". Questa idea sarebbe probabilmente del tutto corretta se l’analista si sentisse così profondamente irritato con il paziente da far molta fatica a lavorare efficacemente con lui. Ma le cose non stanno sempre così: sentimenti transitori di

192
irritazione, ben all’interno della consapevolezza e del controllo dell’analista, sono assai sovente, quando corroborati da altri dati, degli indicatori estremamente validi che questa reazione nell’analista è ciò che il paziente, consciamente o inconsciamente, sta cercando di causare. Questo bisogno del paziente di suscitare una risposta negativa nell’analista è, naturalmente, materiale utile per l’analisi. Non sto dicendo – si faccia attenzione – che l’analista, ogni volta che vive qualche emozione nei confronti del paziente, debba saltare alla conclusione che questa possa esser ricondotta a una corrispondente motivazione nel paziente. Tale sentimento deve esser considerato come un dato analitico (e di conseguenza trattato come un problema del paziente da analizzare) se il sentimento in questione è sentito ripetutamente verso *quel* paziente e se il racconto di quest’ultimo mette in chiara evidenza un suo bisogno di ottenere una reazione analoga anche da altre persone che non siano l’analista.
Oltre a ciò, hanno altresì un particolare valore le "opinioni personali" che un analista può farsi di un paziente, al di là delle impressioni cosiddette "scientifiche" o "oggettive". Tali opinioni, quando vengono fatte oggetto di studio, sono regolarmente riconducibili agli sforzi del paziente di creare in lui

proprio questa opinione. Per esempio, se l'analista facesse una lista con i nomi dei suoi pazienti e caratterizzasse ognuno di loro in poche parole (tipo: "persona straordinariamente affascinante", "giovane individuo coraggioso", "individuo noioso", "paziente con un background familiare drammatico", opinioni personali che uno – lo sottolineo – ritrova molto frequentemente descritte nelle presentazioni di casi clinici durante i seminari), probabilmente nel riesaminare i suoi dati troverebbe che il paziente a livello interpersonale ha un particolare modo stereotipato di relazionarsi che pare indirizzato a promuovere esattamente questa opinione negli altri. I problemi essenziali del paziente sembrano, per di più, non raramente situarsi proprio in quest'area.
A proposito del lavoro dell'analista, French afferma: "Noi non visualizziamo il comportamento del paziente su uno schermo bianco ma su uno sfondo di comportamenti normali, e il fatto che il nostro comportamento non incoraggia le tendenze irrazionali del paziente le rende tutte più evidenti quando accadono" (Alexander e French, 1946, 87).
Di questo breve passaggio, che per altro è in completa sintonia con le usuali nozioni di transfert e di compito dell'analista, vorrei qui rivedere tre aspetti:
1. *Il nostro comportamento non incoraggia*. Alla luce delle precedenti affermazioni sul fatto che la proiezione, distorsione solamente quantitativa e non qualitativa,

è sempre diretta verso o basata su qualche sentimento o atteggiamento reale dell'altra persona, io credo che il nostro comportamento incoraggi, in una certa misura, le reazioni proiettive che il paziente manifesta. Il nostro fine, durante l'ora analitica, non dovrebbe essere quello di liberarci di tutti i sentimenti ad eccezione di un "affettuoso interesse"; questo non sarebbe possibile, tanto meno terapeuticamente auspicabile. Il nostro obiettivo, piuttosto, dovrebbe essere quello di restare massimamente attenti ai nostri mutevoli sentimenti, non solo perché saranno in ogni caso comunicati al paziente attraverso il comportamento (attraverso variazioni, non importa quanto impercettibili, nel tono, nella postura e così via) ma anche perché sono l'indicatore più sensibile di ciò che sta accadendo nella situazione interpersonale.
2. *Le tendenze irrazionali del paziente*. Se si guarda il dizionario, per esempio il Webster's Collegiate (V edizione), sinonimi di irrazionale sono le seguenti parole: *insensato, ridicolo, assurdo, senza senso e stupido*. Alla luce di questi termini, penso che riferirsi sistematicamente alle reazioni transferali del nostro paziente quali reazioni completamente sbagliate – idea che sarebbe la logica conseguenza di una concezione delle percezioni transferali come qualitativamente sbagliate – oltre che frustrante e molto probabilmente offensivo per lui sarebbe in aperto contrasto con l'ipotesi da me sostenuta che le reazioni transferali siano distorsioni di livello unicamente quantitativo, nel senso che il paziente coglierebbe consapevolmente solamente un unico (vero) sentimento dell'analista, esagerandone la valenza.
3. *Rende [le tendenze] tutte più evidenti quando accadono*. French non specifica in quale modo preciso le reazioni transferali del paziente diventino evidenti all'analista. Si può facilmente ipotizzare che questo succeda in situazioni nelle quali il paziente manifesti, in modo chiaro e diretto, forti sentimenti in risposta a qualche provocazione messa in atto dall'analista, difficile da individuare. Vorrei aggiungere però che, assai di frequente, anche reazioni transferali per nulla evidenti diventano per la prima volta significative solo in seguito alla riflessione che l'analista compie sui propri sentimenti nei confronti del paziente.
La Rioch, come Fenichel e French, respinge l'idea di un analista che sia al servizio del paziente in veste di specchio completamente privo di emozioni: "Non può esistere un analista impersonale e l'idea che un analista si comporti come uno specchio non è niente più che "la barzelletta del giorno". Intenzionalmente o meno, consciamente o no, l'analista esprime nel rapporto con il paziente, dalla mattina alla sera, segni più o meno palesi della propria personalità. Per sviluppare

194
un’adeguata relazione terapeutica interpersonale – aggiunge tuttavia la Rioch – l’analista deve essere, da un lato, privo di quelle caratteristiche personali che inconsciamente tenderebbero a perpetuare la situazione originaria, distruttiva o autoritaria, vissuta nell’infanzia dal paziente; dall’altro, altresì in grado – grazie al suo training – di cogliere ogni indice di fenomeni transferali" (Rioch 1943, 147-156).
A mio parere, non solo è impossibile ma altresì indesiderabile che l’analista sia privo delle caratteristiche richiamate dalla Rioch. Quale analista, osservando a fondo il proprio carattere e quello dei colleghi che conosce personalmente, riuscirebbe a trovare un professionista del tutto privo di tratti quali le tendenze autoritarie, l’invidia, la vanità? Questi aspetti, ritenuti ignobili o non graditi, durante la nostra analisi personale non perdono di importanza e neppure scompaiono, e non è parimenti neppure auspicabile che questo succeda. Ciò che accade è che, man mano che procediamo verso una maggiore consapevolezza, queste tendenze stabiliscono un rapporto più equilibrato con altri aspetti del nostro repertorio emotivo. L’analisi, infatti, non fa diminuire la gamma delle nostre emozioni, ma permette loro di raggiungere una miglior armonia, un miglior equilibrio, di modo che nessun aspetto prevalga sugli altri.
In base a queste riflessioni, quando incontriamo un paziente che manifesta qualche fenomeno transferale reagendo, per esempio, esclusivamente e ripetutamente al bisogno di dominare dell’analista, quest’ultimo, piuttosto che comportarsi come se volesse dire: "Vediamo che cosa la costringe ad attribuirmi una tendenza autoritaria che invece non ho", si comporterebbe in modo molto più opportuno se pensasse: "Vediamo che cosa la induce a rapportarsi solo alla mia tendenza autoritaria, che ho per altro in comune con tutti gli esseri umani. Sono consapevole di questo mio desiderio di dominarla ma sono anche consapevole di aver vissuto nei suoi confronti tante altre sfumature emotive, tanti altri sentimenti. Guardiamo che cosa la porta a essere cieco nei confronti di tutto ciò. Dalle sue descrizioni della relazione che instaura con le altre persone al di fuori della situazione analitica, sembra che lei si stia rapportando nello stesso modo limitato – benché per certi versi realistico – con cui si rapporta a me. Cerchiamo di capire che cosa la spinge a pensare che io non possa provare verso di lei altri sentimenti come affetto, attrazione sessuale, rispetto, invidia, paura". Questi commenti sono meramente indicativi del mio atteggiamento verso i pazienti: il che non significa pertanto che io realmente riferisca loro, all’interno del mio lavoro, i miei sentimenti e le mie emozioni espressamente come li ho riportati qui.

195
Non mi sentirei d’altronde di affermare in modo forte né che l’analista non debba mai, per il bene del paziente, permettersi di lasciarsi travolgere dall’emozione, né al contrario che assolutamente mai una qualche manifestazione emotiva incontrollata da parte dell’analista non possa giovare al paziente. Ciò che sostengo è che l’analista ha bisogno di essere consapevole dei sentimenti che prova di giorno in giorno per ognuno dei suoi pazienti, sentimenti appartenenti all’intera gamma di possibili emozioni che un essere umano può provare verso un altro. La capacità di esserne consapevole, senza che ciò generi ansia, assicura che l’azione dell’analista non sia mai dominata da un unico sentimento e gli consente perciò di comportarsi in modo equilibrato, in accordo a quanto è meglio per il paziente.
Se, all’opposto, l’analista rimuovesse, per esempio, il suo desiderio di dominare il paziente, è probabile che questo desiderio rimosso finirebbe per prevalere sui sentimenti maggiormente consci, con il rischio – in questo caso – che l’analista potrebbe cedere a un vero e proprio comportamento stereotipato, del tipo: "Io in realtà vorrei dominarla e per questo sto soffrendo molto nel non farlo". È impensabile che un siffatto atteggiamento rimosso, e ciò vale ancor di più per un’eventuale formazione reattiva rispetto ad esso, possa restare a lungo non avvertito dal paziente. In aggiunta, in questa circostanza, la protesta del paziente circa il fatto che l’analista (comunque si comporti, attivamente o passivamente) è sempre frustrante, non riuscirebbe a ottenere alcun riconoscimento da parte di quest’ultimo.

Dopo tutto pare che i nostri pazienti, almeno la stragrande maggior parte di essi, si impegnino molto nel tentativo di provare a se stessi e, di conseguenza, di convincersi che possono influenzare emotivamente gli altri, senza per questo giungere necessariamente a ritenere di essere così potenti da dominare o distruggere la persona con cui sono in rapporto ledendone la possibilità di essere d'aiuto. Il paziente di solito crede di suscitare nelle altre persone esclusivamente un unico genere, o un ristretto numero, di risposte emozionali autentiche e sempre soltanto di tipo negativo, come rabbia e disprezzo; manifesta in più, in modo altrettanto frequente, un atteggiamento "tutto-o-niente" verso gli effetti del suo provocare risposte emotive negli altri: o si aspetta di non destare alcuna reazione emozionale nell'altro, oppure la risposta emozionale suscitata nell'altro gli apparirà così devastante da portare alla rottura del rapporto. Il paziente sente in definitiva il bisogno di divenire consapevole di essere capace di stimolare nell'analista, "persona-campione", tutti gli atteggiamenti emotivi che possono essere stimolati in

un essere umano da un altro essere umano. Ha cioè bisogno di scoprire che in una relazione durevole succede ordinariamente questo: che sia lui che l'analista continuano a esistere e ad avere una relazione, sempre più "intima", proprio grazie alla reciproca stimolazione di sentimenti che l'uno provoca nell'altro.

In alcune occasioni ho, con pacatezza, riferito al paziente le sensazioni che avevo sentito prendere forma in me stesso in risposta a ciò che lui stava facendo durante la seduta; e devo dirvi che tale ammissione sinora non mi è sembrata affatto produrre un turbamento particolare sul lavoro analitico. Sarebbe perciò assai conveniente approfondire questo aspetto della tecnica, che potrebbe eventualmente portarci a scoprire che un resoconto puntuale dei movimenti affettivi da parte dell'analista, in momenti in cui da altre fonti giungono ulteriori dati a sostegno, può aiutare il paziente a entrare in maggiore contatto con il senso interpersonale di ciò che egli fa con i suoi atteggiamenti e comportamenti nella relazione analitica. È altresì vero, del resto, che nella terapia, come in ogni altro ambito, spesso "le azioni parlano più forte delle parole": vale a dire che le espressioni comportamentali dei sentimenti anche ben controllate da parte dell'analista rendono talvolta superflua ogni dichiarazione verbale.

L'analista che tenta di conformarsi a un comportamento classico di immutabile "interesse imparziale" irrita regolarmente i pazienti che, come ben sappiamo, affrontano già tale comportamento nella vita di ogni giorno, quando hanno a che fare con altre persone schizoidi. Un comportamento neutro da parte del terapeuta fin troppo frequentemente ripete quindi la scoraggiante relazione infantile del paziente con almeno uno dei due genitori schizoide, e, oltre a ciò, non sporadicamente può essere utilizzato inconsciamente dall'analista per esprimere ostilità. Al contrario, il rivelare al paziente in modo, ovviamente, calmo e controllato i sentimenti che si provano nei suoi confronti potrebbe eliminare ciò che non rare volte è una delle fonti principali dell'oppositività di quest'ultimo: il bisogno di spingere l'analista ad ammettere che il paziente sta avendo un'influenza emotiva su di lui.

Porgerò adesso, per concludere, alcune brevi descrizioni di tipiche situazioni terapeutiche in cui ho visto confermato il fatto che le mie reazioni emotive erano validi indicatori di cosa stesse tentando di fare il paziente attraverso un determinato comportamento.

Caso 1

Una donna di ventiquattro anni mi contatta per un colloquio perché il suo psichiatra è in ferie. Al primo incontro si lancia subito in una loquace descrizione di

un sintomo che ultimamente le crea problemi e che attua invariabilmente con il suo ragazzo o con qualche collega d'ufficio: il *parlare in modo compulsivo*. La paziente sembra possedere una buona consapevolezza dei propri sentimenti e del proprio comportamento, che d'altra parte descrive in modo

puntuale sì da stimolare in me molte osservazioni, ma noto durante il nostro incontro che, non appena apro bocca per dire qualcosa, lei comincia rapidamente a riferirsi a qualche altro aspetto della situazione di cui stiamo parlando.
Questa modalità comunicativa si ripete diverse volte e, in ognuna di esse, nel giro di pochi minuti, sento crescere dentro di me un sentimento di frustrazione che attribuisco alla mia incapacità di rispondere ai suoi stimolanti racconti. Nel descrivere il suo comportamento in particolari situazioni extra-analitiche questa donna afferma di parlare sempre senza sosta, per non dare all'altra persona nessuna opportunità di risposta.
Decido allora di chiederle se si è mai trovata nella posizione in cui lei in certe occasioni mette il suo ragazzo, una posizione di ascolto intenso senza il permesso di replicare. Lei risponde prontamente che questo è giusto quello che sua madre faceva con lei durante l'infanzia: parlava loquacemente, cercando presumibilmente di ottenere complimenti e altre dichiarazioni rassicuranti da parte della figlia, ma non le concedeva il minimo spazio di parola. Ricorda come il suo sentimento di frustrazione abbia raggiunto in talune circostanze un livello d'intensità tale da farle provare la sensazione fisica di essere imbavagliata.
A questo punto le riferisco di aver provato io stesso di fronte al suo comportamento durante la conversazione un sentimento analogo di frustrazione; lei confessa così che anche il suo ragazzo recentemente le ha detto che questo suo modo compulsivo di parlare non è nient'altro che una manovra "oppositiva". Rispondendo a una mia precisa domanda a questo riguardo, giunge ad ammettere di non essere affatto in grado di esprimere direttamente al fidanzato i sentimenti antagonisti che nutre verso di lui; e prosegue dicendo, come a rimproverare se stessa: "Ho fatto questo [parlare compulsivamente] persino una volta che era preoccupato per i suoi affari che non andavano proprio bene".
L'analisi dei suoi sentimenti riguardo agli affari del suo ragazzo porta alla ribalta anche il fatto che lui, spesso, le esprime chiaramente le sue preoccupazioni comportandosi però come se la sua dignità di uomo si sentisse offesa non appena lei tenta di dare suggerimenti costruttivi. La paziente osserva che questo comportamento del ragazzo è per lei notevolmente frustrante, così come lo era l'identico comportamento della madre durante l'infanzia; è, a mio parere, probabile

che in queste situazioni cresca in lei un risentimento che viene espresso al fidanzato attraverso il parlare in modo compulsivo. In breve, quindi, i sentimenti di frustrazione dell'analista hanno fornito un valido suggerimento a proposito della motivazione interpersonale di questo comportamento. È pure interessante ricordare che durante la descrizione iniziale del sintomo questa paziente ha sottolineato come la sua comparsa non fosse assolutamente correlabile al comportamento altrui.

Caso 2
Tempo addietro, alla ventisettesima ora di terapia, un uomo, militare di carriera in pensione, mi ha descritto il suo disgusto verso vari ufficiali, raccontando un episodio avvenuto in un'area di combattimento: l'ufficiale comandante, un colonnello, aveva ordinato a lui e ad altri soldati di costruire un rifugio anti-aereo, in un modo che il paziente aveva ritenuto completamente inadeguato alle necessità. Riferisce di aver detto in quella circostanza, a voce abbastanza alta affinché il colonnello potesse sentire: "Questo muro non è alto abbastanza. Ogni idiota lo vedrebbe". Mentre raccontava l'episodio, io (che sono stato capitano dell'Esercito) ho provato un senso di esultanza, una sorta di "eccitazione" nel sentire che il mio paziente aveva parlato così spavaldamente in presenza di un colonnello. Pochi minuti dopo il paziente ha narrato come, da studente alla *high school*, si sia lamentato per un voto dicendo all'insegnante: "Questo non ha senso […] non è logico". Anche in questo caso, pensando a come il paziente avesse ostentato autorità, ho colto in me una sensazione piuttosto piacevole.

Preciso che non mi stavo per nulla gongolando in modo interessato e che neppure mi sfregavo le mani dalla contentezza, ma che semplicemente gli ho chiesto, in tono incuriosito e tranquillo: "Veramente ha usato questo linguaggio e questo tono nel parlare al colonnello e all'insegnante?" e che lui ha risposto di sì.
Gli ho quindi domandato se i suoi commilitoni avessero applaudito il suo "alzar la voce" col colonnello. Lasciando trapelare disprezzo ha esclamato: "Oh sì, mi ammirarono per quel che avevo fatto. E vennero da me per un consiglio: molti di loro ci tennero a dirmi che mi stavo esponendo pericolosamente per gli altri. Penso che tutti loro ritenessero che l'Esercito non stesse andando bene ma: "a che pro sfidare il sistema? Non puoi farci niente". C'era stato forse qualche sorriso soffocato là sul momento ma in seguito nessuno commentò l'accaduto".
Il paziente ha poi, in tono più enfatico, asserito che, mentre diceva quella frase alla presenza del colonnello, non aveva avuto alcun pensiero sul modo in cui i

compagni di leva avrebbero reagito. Sembra che abbia rimosso la motivazione interpersonale che caratterizza un suo classico modello di comportamento nevrotico: comportarsi come il campione dei "piccoli uomini" contro il potere. Aiutarlo ad elaborare questo modello nevrotico di relazione faciliterebbe senza dubbio enormemente i suoi progressi, per esempio in ambito lavorativo; la *motivazione* interpersonale di questo modello ha preso forma per la prima volta durante la terapia grazie all'*effetto emozionale* provocato *sul terapeuta* dalla descrizione del suo comportamento di sfida "a sostegno della causa".

Caso 3
Un uomo di ventiquattro anni, giunto alla diciassettesima ora di terapia, si lamenta di come spesso gli altri gli chiedano favori, di come sia incapace di rifiutare tali richieste e di come risulti di conseguenza convulsa la sua vita. Mentre il paziente parla, provo un sentimento di indignazione, come se mi venisse da dirgli: "Quanto è ingiusto che gli altri le chiedano così tanto!". Questo sentimento mi è servito per giungere a capire la grande gratificazione che il paziente guadagna attraverso il suo comportamento di sentirsi indispensabile agli occhi degli altri e al contempo "maltrattato" da loro. Quest'uomo ha cominciato così, grazie al mio aver capito questo, lentamente a vedere che i favori che fa non sono unicamente qualcosa che lui "non può esimersi dal fare", come pensava in precedenza, ma qualcosa che in realtà lui fa in modo attivo, per meritarsi la stessa benevolenza che da bambino vedeva concessa alla madre-martire.

Caso 4
Un uomo di ventisei anni, durante la prima ora di psicoterapia, ha cominciato a deliziarmi con intriganti resoconti delle imprese di suo padre, un poliziotto. Nelle sedute successive passa a descrivermi, sempre a tinte forti, alcuni violenti litigi tra lui e il padre, finché alla tredicesima ora mi racconta un episodio "in cui mia madre mi schiaffeggiò mentre ero già arrabbiato: naturalmente non la potei colpire e così tirai un pugno così forte contro il muro che mi ruppi la mano". Sospettando che la drammaticità dei suoi racconti non sia solamente l'effetto del desiderio di capire meglio la relazione con le persone, ma anche del bisogno di attrarre la mia attenzione, ho chiesto al paziente: "Ha avuto la mano ingessata per molte settimane?". Lui, ridimensionando il racconto, mi ha risposto: "Beh, intendevo "rotto" tra virgolette; mi stirai soltanto un pochino i tendini". Ho allora osservato che in ogni caso, per qualche ragione, aveva usato il termine "rotto"

e in risposta lui ha replicato: "Insomma, questo è il mio modo di esprimermi. Un uomo cade dalle scale e si dice che "si spacca la testa" quando in realtà gli danno soltanto quattro punti".

Nella seduta successiva il lavoro analitico ha rivelato che il padre era solito esagerare notevolmente le proprie imprese e il paziente, dopo un periodo di dolorosa disillusione non ancora completamente elaborata, ha imparato a ridimensionare i suoi racconti; il paziente ha riportato che spesso si siede vicino al padre e lo osserva tener viva l'attenzione di gruppi di amici affascinati dalle sue narrazioni. Non è ancora in grado di riconoscere i propri sentimenti pieni di risentimento dovuti alla presa di consapevolezza della tendenza paterna ad esagerare. Sembra invece che si stia identificando con il padre attraverso la rimozione di questo risentimento: sia perché drammatizzare è utile se uno spera di tener vivo l'interesse delle altre persone; sia perché, come lui stesso ha con sofferenza imparato nel rapporto con il padre, questa drammatizzazione è un modo efficace per esprimere sdegno e ostilità verso gli altri.

Ricordando questi quattro casi, non ho affatto voluto dire che sto impiegando un *nuovo* metodo per determinare che cosa stia succedendo nell'immediata situazione interpersonale che caratterizza la seduta. Quello che vorrei proporre è piuttosto che questo metodo, l'attenta osservazione da parte del terapeuta dei sentimenti che egli prova nel corso della seduta, necessita di essere fatto oggetto di un'indagine ben più dettagliata e sistematica di quanto sia stato fatto sino ad oggi, se ci si basa sulla letteratura esistente sui compiti del terapeuta nella situazione analitica. Quest'ultima, infatti, offre classicamente al lettore l'impressione che certi sentimenti siano semplici indicatori che il terapeuta ha bisogno di ulteriore analisi.

Sicuramente questo bisogno deve essere *sempre* tenuto in considerazione; ma una volta che l'analista si è convinto che i sentimenti che sta provando sono in sintonia con altri dati che evidenziano il dinamismo nevrotico del paziente, è autorizzato a considerarli come un indizio di ciò che *causa* il comportamento del paziente verso di lui. I sentimenti del terapeuta sono, in conclusione, un indicatore del fine a cui serve il dinamismo nevrotico nello sforzo che ogni paziente fa per acquisire un qualche significato agli occhi delle altre persone.

Sintesi

In questo articolo ipotizzo che i fenomeni transferali siano il risultato di un processo proiettivo e che l'analista possa facilitare nel migliore dei modi l'"elaborazione terapeutica" delle distorsioni transferali del paziente focalizzandosi sulle qualità proiettive di queste ultime. Sostengo, inoltre, che tutte le manifestazioni proiettive, incluse le reazioni transferali (ammesso che le si possa davvero considerare due varietà distinte di fenomeni psichici), hanno una qualche base *reale* nel comportamento dell'analista e che per questo rappresentano solamente delle distorsioni di grado quantitativo.

Quest'ultima proposta implica un livello di partecipazione emotiva da parte dell'analista che non è adeguatamente considerata dal modello classico che ritiene che l'analista debba manifestare niente più che un affettuoso interesse. La mia esperienza, infatti, mi porta a ritenere che l'analista, durante la seduta, senta e palesi in molti modi un ampio ventaglio di emozioni in risposta al comportamento del paziente. Credo, infine, che la ricchezza che connota la partecipazione emotiva dell'analista possa essere utile al nostro lavoro per due motivi: (1) perché l'osservazione durante la seduta dei propri sentimenti mutevoli fornisce all'analista validi suggerimenti sulla motivazione interpersonale del comportamento nevrotico del paziente; (2) perché il paziente sistematicamente manifesta un grande bisogno di scoprire di saper suscitare nell'analista tutta la vasta gamma di possibili risposte emotive, risposte che debbono avere quella giusta intensità che permette, nell'essere convincenti e significative per il paziente, di rilanciare e continuare la relazione interpersonale che è necessaria all'analisi.

Summary

It is suggested that transference phenomena constitute projections, and that the analyst can best facilitate the patient's "working through" of transference distortions by focusing upon their projective quality. It is suggested, moreover, that all projective manifestations, transference reactions included (if one actually can distinguish between them as two varieties of psychic phenomena), have some real

basis in the analyst's behavior, and therefore represent distortions in degree only. This latter suggestion implies a degree of emotional participation by the analyst which is not adequately described by the classical view of the analyst as manifesting sympathetic interest, and nothing else, toward the patient. It has been the writer's experience that the analyst actually does feel, and manifest in various ways, a great variety of emotions during the analytic hour in response to the patient's behavior in his presence. It appears, moreover, that such richness of emotional participation by the analyst is useful, in two respects: (1) the analyst's observation of his own

changing feelings during the analytic hour provides him with valuable clues to the interpersonally oriented motivation of the patient's neurotic behavior, and (2) the patient regularly evidences a strong need to discover that he is able to evoke from the analyst all possible types of emotional responses, responses of such an intensity as to be convincing to the patient while still allowing for the enhancement and the continuance of the interpersonal relationship.

Bibliografia

ALEXANDER F., FRENCH T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy.* New York, Ronald.
FENICHEL O. (1941). *Problemi di tecnica psicoanalitica.* Torino, Boringhieri, 1974.
FENICHEL O. (1945). *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Roma, Astrolabio, 1951.
FREUD S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. O.S.F., 3.
FREUD S. (1901). *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)*. O.S.F., 4.
FREUD S. (1914 d). *Ricordare, ripetere e rielaborare*. O.S.F., 7.
FREUD S. (1921). *Alcuni meccanismi nevrotici nella gelosia, paranoia e omosessualità.* O.S.F., 9.
HERTZMAN M., PEARCE J. (1947). The personal meaning of the human figure in the Rorschach. *Psychiatry*, 6, 413-422.
LORAND S. (1946). *Technique of Psychoanalytic Therapy.* New York, International Universities Press.
RANK O. (1936). *Will Therapy.* New York, Knopf, 1945.
RIOCH J. M. (1943). The transference phenomenon in psychoanalytic therapy. *Psychiatry*, 6, 147-156.
SILVERBERG W. V. (1948). The concept of transference. *Psychoanal. Q.*, 17, 303-321.
SULLIVAN H. S. (1940). *La moderna concezione della psichiatria*. Milano, Feltrinelli, 1961.