

CONTROTRANSFERT ¹

Lucia E. Tower

I. CONSIDERAZIONI TEORICHE

Riferimenti sul controtransfert sono apparsi molto presto nella letteratura psicoanalitica. Inizialmente si limitavano a proclamare la sua esistenza con dichiarazioni semplicistiche che affermavano che gli analisti, ovviamente, potevano provare delle reazioni di transfert verso i loro pazienti. Non vi fu molto altro da dire all'infuori di certe insinuazioni sul fatto che si trattava di reazioni discutibili, da tenere sotto controllo e che, per gli analisti, discutere in pubblico delle loro reazioni di controtransfert rappresentasse una rivelazione indecente. Circa dieci anni dopo, cominciò ad apparire un discreto numero di articoli sull'argomento. Il loro tono generale era segnato da un certo imbarazzo, come se si trattasse del difetto capitale nelle nostre procedure terapeutiche, e naturalmente, come se certi fenomeni di controtransfert fossero considerati estremamente riprovevoli.

¹ Lucia E. Tower, *Countertransference*, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, Aprile 1956, 4, pp. 224-255, Letto per la prima volta alla Chicago Psychoanalytic Society nel maggio 1955 e all'American Psychoanalytic Association a New York nel dicembre 1955.

[Ultima revisione integrale della traduzione: aprile 2013].

Recentemente, Douglas Orr (18)² ha riesaminato in modo eccellente la letteratura sul controtransfert. Farò solo un sommario commento su questa letteratura poiché il mio scopo principale è presentare alcune mie idee e del materiale dettagliato su alcuni casi. Nonostante esista un vasto accordo sul transfert tra gli analisti, vi è invece grande disaccordo sul controtransfert. Il primo riferimento di Freud al riguardo, del 1910, riguardava qualcosa di vietato: "Abbiamo iniziato a considerare il controtransfert... qualcosa che sorge come risultato dell'influenza del paziente sui suoi (del medico) sentimenti inconsci, e si è giunti al punto che è necessario che il medico riconosca il controtransfert e lo superi interiormente" (9, p. 289).

Ci colpisce che l'esistenza di un fenomeno naturale e inevitabile, così ricco di potenzialità per la conoscenza, sia stato mantenuto per quarantacinque anni oggetto di censura. Mi riferisco al fatto che è unicamente presunzione ritenere che esista un analista analizzato così alla perfezione da non avere più un inconscio, o da essere impermeabile a certi impulsi istintuali o alle difese che si erigono contro di essi. Proprio la fraseologia della nostra pratica didattica nasconde la maschera dell' "analista perfetto". Affermiamo che l'analisi personale di uno studente dovrebbe "servire come esperienza di prima mano con l'inconscio", per "liberare il suo lavoro da aspetti emotivi disturbanti",³ e per renderlo in grado di continuare autonomamente la propria autoanalisi. In nessun modo ci si aspetta che egli sia perfettamente analizzato. Inoltre, la nostra raccomandazione riguardo a *tranches* periodiche di analisi per gli analisti presuppone l'esistenza di una notevole riserva inconscia di ri-

² I numeri tra parentesi si riferiscono alla bibliografia dell'articolo di Tower, riprodotta qui a p. 35. [N. d. T.]

³ Relazione del Committee on Training Standards, Commissione sugli Standards Professionali, American Psychoanalytic Association, Novembre 1953.

sorse da cui possano nascere nuove reazioni nevrotiche in risposta alle pressioni emotive da parte dei pazienti sull'inconscio dell'analista.

Esiste una vasta gamma di concezioni contrastanti riguardanti il controtransfert. Dapprima si pensava fosse la reazione emotiva inconscia dell'analista nei confronti del transfert del paziente; vi erano opinioni che esso comprendesse ogni reazione conscia o inconscia nei confronti del paziente, sia che fosse normale o nevrotica; si pensava a formazioni meccanicistiche in riferimento alla relazione interpersonale tra il paziente e l'analista all'interno di una certa configurazione edipica (20); vi erano incluse la disposizione di carattere e tratti eccentrici dell'analista. Le reazioni nei confronti del paziente nella sua globalità erano considerate transfert, reazioni ad aspetti parziali del paziente erano considerate controtransfert; l'angoscia dell'analista venne considerata il denominatore comune di tutte le reazioni di controtransfert ed ogni risposta che produceva angoscia nell'analista era considerata controtransfert (7); e infine, solo gli impulsi sessuali nei confronti dei pazienti vennero considerati come controtransfert. Le principali differenze si focalizzano intorno al fatto di "considerare l'analista come uno specchio in contrapposizione al considerare l'analista come un essere umano" (18). Il controtransfert è considerato semplicemente un transfert – e niente di più- o, al contrario, non è considerato un transfert ma qualche altra cosa.

Altre differenze s'incentrano attorno alla questione se discutere o no il controtransfert con i pazienti;⁴ se il controtransfert sia sempre presente e perciò, a ragione, normale; o se sia sempre anomalo. Il "*carry over*"⁵ è citato molte volte con delle implicazioni particolarmente nefaste. Quasi invariabil-

⁴ Sembra che alcune suggestioni a questo riguardo rasentino il livello di un' "analisi selvaggia".

⁵ "Carry over": affetti che persistono nell'analista come reazione o strascico di una seduta.

mente vi sono espliciti divieti nei confronti di qualsiasi manifestazione erotica di controtransfert. Solo una volta, credo, si è insinuato che l'analisi avrà un esito negativo a meno che non si producano periodi o occasioni di "carry over", e solo una volta si è menzionato che, in circostanze normali e, forse, anche vantaggiose, possa prodursi qualcosa che si avvicina alla nevrosi di controtransfert. Per lo più l'ultima circostanza è fortemente contestata.

Le seguenti citazioni tipiche (raccolte sommariamente) indicano il tono di divieto imposto all'argomento:

Il nostro controtransfert deve essere salutare (23).

Si presume che prevalgano le risposte adeguate (6).

Alla fine un certo processo di trasparenza fa parte della necessaria routine dell'analista (12).

Il controtransfert è la stessa cosa del transfert - quindi è immediatamente ovvio che il controtransfert è indesiderabile ed è un intralcio (8).

L' (errore di controtransfert) dovrebbe essere riconosciuto per permettere al paziente di avere diritto a esprimere la propria rabbia e a delle scuse da parte dell'analista (16).

Non è salutare permettere manifestazioni di controtransfert, per quanto minime, all'interno della relazione interpersonale. L'analista deve riconoscere e controllare queste reazioni (1).

Tutti questi – e simili atteggiamenti – presuppongono che l'analista sia in grado di *controllare* coscientemente il proprio inconscio. Tale ipotesi viola la premessa di base della nostra scienza – che gli esseri umani possiedono un inconscio che *non* è soggetto al controllo cosciente, ma che è soggetto (fortunatamente) ad essere investigato attraverso lo strumento del transfert (e presumibilmente anche del controtransfert).

Indici comuni di controtransfert sono dati da:

angoscia all'interno del trattamento;
sentimenti disturbanti verso i pazienti;
condotte o sentimenti stereotipati verso i pazienti;
reazioni di amore o di odio nei confronti dei pazienti;
turbamenti erotici, soprattutto l'idea di innamorarsi di un paziente;
carry over di affetti a seguito di una seduta analitica;
sogni sui pazienti e episodi di acting-out.

La letteratura più recente su questo argomento comprende un numero di articoli arguti, ricchi di materiale descrittivo e di esempi clinici descritti più liberamente.

Vorrei utilizzare il termine controtransfert solo per quei fenomeni che riguardano il transfert dell'analista nei confronti del paziente. Sono convinta che, in ogni analisi, si producano inevitabili e molte volte desiderabili elementi di controtransfert (alcuni evanescenti, altri consistenti) che rappresentano la contropartita dei fenomeni di transfert. Interazioni (o interscambi) inconsci tra il transfert del paziente e il controtransfert dell'analista possono essere – o forse lo sono sempre – di importanza vitale per l'esito del trattamento. Le verbalizzazioni intellettuali, che consistono nelle comunicazioni del paziente e nelle interpretazioni dell'analista, sono il terreno attraverso il quale si sviluppano dei canali profondi e sotterranei di comunicazione tra il paziente e il medico. L'interpretazione in se stessa non cura, e nessun analista sarà ricordato principalmente per il suo acume interpretativo da qualche paziente con il quale abbia avuto successo. Tutto ciò, tuttavia, non significa sminuire l'importanza dell'interpretazione nel processo analitico. Ovviamente, solo attraverso le comunicazioni verbali del paziente, e gli sforzi accurati, spassionati e interpretativi dell'analista è possibile, poco a poco, intaccare le

difese e ottenere quei profondi *insights* e comunicazioni che rappresentano l'essenza degli effetti di cura del processo analitico.

Transfert e controtransfert sono fenomeni inconsci, fondati sulla coazione a ripetere, derivati da esperienze significative, in gran parte, della propria infanzia, e diretti a persone significative nella vita emotiva passata dell'individuo. Atteggiamenti caratteriali abituali non potrebbero essere inclusi nei fenomeni di controtransfert, fin tanto che non troveranno espressività in qualche situazione, e, praticamente, sempre nell'identica forma. Essi sono privi di quella specificità legata a una determinata situazione tipica del controtransfert. Il fatto che i derivati istintuali abbiano potuto diventare ego-sintonici attraverso l'incorporazione all'interno di una struttura di carattere, rende tali atteggiamenti essenzialmente consci o preconschi, in contrasto con i fenomeni di transfert, che derivano da conflitti inconsci profondi, in una situazione determinata e in un tempo determinato, in risposta a un determinato individuo, nei quali si mobilitano antiche esperienze affettivamente significative nei confronti delle figure precoci importanti. L'indottrinamento dei pazienti, per esempio, non è, probabilmente un fenomeno di controtransfert usuale, ma un derivato istintivo. Molte altre cose discusse erroneamente come "controtransfert" sono semplicemente dei difetti nella percezione o nell'esperienza da parte dell'analista.

S'incontrano molte difficoltà nella discussione dei problemi di controtransfert. Vi è una scarsità di materiale clinico valido che deriva, in sostanza, da apparati di difesa degli analisti nei confronti del problema. Le stesse resistenze verso una coscienza del controtransfert si osservano tra gli analisti molto accentuate e in forme più insidiose di quelle che riguardano la resistenza dei pazienti contro gli *insights* che si riferiscono al transfert. Ciò accade per una valida ragione. Nella sua pratica, l'analista si trova sottoposto a

un assalto continuo e deve mantenere una posizione precaria. Egli non è incline a cambiamenti che riguardino se stesso, e, ammesso che sviluppi tale motivazione, di solito ciò avviene per motivi personali. Il paziente si reca dall'analista con lo scopo di cambiare, egli apprezza il processo solo se percepisce dei cambiamenti lungo il percorso. L'analista, tuttavia, diventa angosciato quando si accorge di cambiamenti attribuibili a pressioni emotive da parte del paziente ed è l'unico che può affrontarli.

A parte le resistenze degli analisti a esplorare il controtransfert in tempi non ancora maturi, vi sono delle semplici ragioni pratiche sulla scarsità d'informazione sull'argomento. Durante l'ora della seduta, di solito un analista sacrifica le fantasie su se stesso. Ci vuole del tempo per analizzare qualcuno, compreso se stesso, e un analista occupato, che trascorre la gran parte dei suoi giorni con i pazienti, mette da parte quasi del tutto il materiale potenzialmente illuminante che lo riguarda e che penetra nella sua mente in ogni momento. Un altro fattore consiste nel fatto che molti fenomeni di controtransfert, quando irrompono nella coscienza, creano una sorta di emergenza. Episodi di *acting-out* legati al controtransfert, per esempio, mettono di fronte l'analista a una situazione imprevista che necessita di un intervento rapido e di un giudizio accorto. Egli deve concentrarsi nel tenere in mano la situazione analitica, e spesso, la sorpresa e lo shock offuscano la memoria dei processi che hanno portato all'incidente, probabilmente per la repressione del disagio vissuto.

La decisione presa molto tempo fa sul fatto che gli analisti dovessero essere analizzati prima di praticare fu una presa di distanza tremenda da ogni precedente *training* medico. L'idea di trasformare un medico in un paziente prima che egli possa praticare come tale è, in se stessa, traumatica. Dopo tutto uno ci deve pur passare per diventare un analista; essere consapevole

della pervasività dei fenomeni di controtransfert è un rischio e una delusione. L'importanza di analizzare i futuri analisti fu riconosciuta precocemente. Trovarsi a operare nella pratica, probabilmente fu il fattore principale del rapido avanzamento della nostra scienza. Per molti anni, tuttavia, non si andò più in là di questo. In un certo senso, l'analisi personale o didattica del futuro analista offrì alcune delle protezioni che il sogno offre ai pazienti. Essi, spesso, considerano il sogno come un corpo estraneo, sul quale non hanno nessun controllo, remoto nel tempo, qualcosa per cui non debbono provare alcun senso di colpa. Nello stesso modo, l'analisi personale didattica è spesso considerata dall'analista praticante remota nel tempo, come un obbligo legato a problemi di formazione, senza legami con le operazioni del presente, che rischiano, così, di fortificarsi in difese e razionalizzazioni. L'analisi (o l'osservazione) di un analista nelle sue funzioni può diventare la futura "via regia" della massima importanza nella comprensione del processo di cura. Gli analisti in supervisione sono messi nella condizione di comprendere e di fare uso di tali osservazioni.

Le resistenze di gruppo a esplorare l'inconscio dell'analista nella situazione di cura seguono delle configurazioni ben note. Vi è un timore inespresso di studiare l'analista nella sua pratica, come se il riportare ogni sua reazione comportasse il rischio di passar sopra a quelle di carattere dubbio. In quasi tutti gli scritti sul controtransfert, si è pagato un certo tributo a questa rigidità di gruppo, nella forma di divieti moralistici e ipocriti, nonostante la discussione intelligente e sensibile dei problemi sul controtransfert. Praticamente, chiunque scriva sul tema del controtransfert, per esempio, afferma senza equivoci che non è tollerata nessuna forma di reazione erotica verso un paziente. Ciò indica che le tentazioni a questo riguardo sono enormi, e forse onnipresenti. Praticamente è il solo argomento sul quale quasi ogni au-

tore dichiara con assoluta certezza la sua posizione. Altre manifestazioni di "controtransfert"⁶ non sono condannate sistematicamente. Ciononostante, presumo che risposte erotiche, in qualche misura, disturbino da vicino ogni analista. Si tratta di un fenomeno interessante che induce ad investigarlo. Nella mia esperienza, nella maggioranza quasi tutti medici, quando essi guadagnano abbastanza confidenza nelle loro analisi, riferiscono sentimenti e impulsi erotici verso i loro pazienti, di solito però con molto timore e conflitto. La storia seguente è tipica:

Un candidato, che doveva essere stato analizzato solo in parte prima di iniziare la sua pratica, raccontò di una paziente molto attraente il cui trattamento fu concluso con esito positivo. La paziente aveva presentato una prolungata e irritante resistenza fatta di silenzio. Il candidato disse: "Tra tutti i miei pazienti, fu verso di lei che ho avuto il controtransfert a connotazione più sessuale. Mi mettevo a sedere e avevo fantasie su di lei durante quei periodi di silenzio. Continuavo a pensare che, qualora avessi fatto una analisi didattica, non avrei mai parlato di ciò, a causa di quello che disse il dottor X (il precedente analista). Quando ne ho parlato con lui, egli mi è sembrato arrabbiato e mi disse (in effetti), "Ma come *può* essere interessato proprio a una paziente malata – per di più, lei non ha alcun diritto di avere simili fantasie nei confronti di nessun paziente". Fui sconcertato poiché pensavo di aver trovato una gran quantità di intuizioni nelle mie fantasie. In realtà, non avrei mai creduto che sarei stato in grado di raccontarle tutto ciò, e, dannazione, non so come son riuscito a farlo. Vorrei sapere come lei abbia fatto a convincermi che era giusto che io le parlassi.... Ora ricordo: una volta dovevo

⁶ I riferimenti di citazione sono usati a questo punto perché queste reazioni non possono essere considerate tutte di controtransfert; molte sarebbero considerate semplicemente psicofisiologiche

aver raccontato di essere stato “attratto” verso una certa paziente. Fui veramente cauto nell’ammettere che l’attrazione fosse di tipo sessuale, dissi solamente che ero attratto, e lei disse. “Ma come può sapere se i suoi sentimenti verso la paziente non le siano stati d’aiuto?”⁷ Fu questo che mi permise di parlare delle mie fantasie sessuali... *Ora* sto iniziando a domandarmi: la sua osservazione comprende realmente l’accettazione di fantasie (sentimenti) sessuali o si riferisce unicamente al fatto che ne ero attratto?”

Questo uomo era un eccellente terapeuta e non vi era stata nessuna condotta di *acting-out*. Ciononostante, egli provava un timore artificioso delle risposte controtransferali erotiche in relazione al fatto che le percepiva come un atteggiamento vietato dal gruppo al quale aspirava di appartenere. Soprattutto egli sentiva dentro di sé che non vi era qualcosa di sbagliato in lui in relazione a questo tipo di risposte.

Nella nostra selezione di candidati per il *training*, siamo inclini a prestare molta attenzione alle risorse libidiche dell’aspirante, in base alla teoria che un notevole ammontare di libido disponibile sia indispensabile per tollerare il pesante compito di parecchie analisi intense. Allo stesso tempo, ci prendiamo gioco di ogni investimento libidico da parte di un analista nei confronti del paziente. Vi è molto di oscuro da parte nostra nel comprendere le vicissitudini e le funzioni della libido dell’analista nella relazione terapeutica. Sono convinta che sia di per sé una questione enorme e importante. Non si è parlato abbastanza riguardo alla dedizione, all’empatia e al rapporto, fondamentali come sono. Ho introdotto le reazioni libidiche dell’analista all’interno di questa discussione poiché suscitano un’infinità di tesi opposte

⁷ Intendevo dire che qualcuno, alla fine, poteva accettare l’idea che il sapere inconscio del paziente sulla natura positiva del controtransfert dell’analista potesse rappresentare un valore specifico per questa paziente.

tra gli analisti, che fanno parte della categoria delle rigide difese del gruppo psicoanalitico. Basti dire che svariate forme di fantasie erotiche e di fenomeni di controtransfert erotico di fantasia o di carattere affettivo sono, nella mia esperienza, presenti ovunque e presumibilmente normali. Tra le caratteristiche evidenti di questi fenomeni vi è il fatto che sono inibiti alla meta nel senso che appaiono, praticamente, senza spinta all'azione, e, nella maggior parte dei casi, del tutto separati dal transfert erotico del paziente.

Fantasie e sentimenti nei confronti dei pazienti abbondano in tutti noi, e generalmente, sono ora abbastanza accettati soprattutto quando sono sovrapponibili a considerazioni fondate sulla realtà. Quasi tutti i sentimenti razionali e irrazionali che possiamo provare quotidianamente nei confronti della gente, li proviamo ugualmente nei confronti dei nostri pazienti. Tuttavia, sentimenti che appaiono eccessivi o inadeguati verso il paziente o verso quello che dice, soprattutto se associati ad angoscia, senza dubbio hanno un significato controtransferale. I sogni sui pazienti sono, ovviamente, di solito significativi e dovrebbero venire sempre esplorati per scovarvi un significato controtransferale specifico.

Per un lungo tempo ho ipotizzato che in molti – forse in tutti – trattamenti analitici intensi si sviluppa qualcosa che ha a che fare con strutture legate al controtransfert (forse addirittura una “nevrosi”) che risulta la controparte essenziale e inevitabile della nevrosi di transfert. Queste strutture di controtransfert possono essere più o meno consistenti dal punto di vista quantitativo, ma nel quadro d'insieme possono risultare d'importanza considerevole per l'esito della cura. Ritengo che funzionino come una sorta di agente catalizzatore nel processo di cura. La loro comprensione può essere importante per l'esito finale del lavoro attraverso la nevrosi di transfert alla stessa stregua del sapere intellettuale su di essa. Tali elementi sono, per così

dire, il veicolo per la comprensione emotiva della nevrosi di transfert da parte dell'analista. Sia la nevrosi di transfert che la struttura di controtransfert appaiono così intimamente legate tra loro all'interno di un processo vitale da dover essere tenute continuamente in considerazione in psicoanalisi. Infatti, dubito che esista una qualsiasi relazione interpersonale tra due persone qualsiasi, non importa con quale scopo, che non comporti, in maggiore o minor grado, qualcosa che a che fare con questo processo-interazione vivente di transfert inconscio.

Possiamo fare l'ipotesi che, nelle analisi didattiche dei futuri analisti, arriviamo appena a scalfire la superficie per quanto riguarda il loro sapere su sé stessi e le loro potenzialità nel transfert in un futuro lavoro analitico. Inoltre sono propensa a credere che vi siano livelli di transfert che trascendono ogni capacità che abbiamo attualmente di avervi accesso. Vi sono, forse, anche dei livelli di transfert ai quali non avremo mai accesso, in ogni caso, attraverso significati psicologici, poiché essi si trovano al confine tra ciò che è biologico e ciò che vi è di ereditario in noi. Il fenomeno dell'innamoramento – così poco compreso dal punto di vista dinamico – può trovarsi in questo confine.

C'è una cosa, tuttavia, legata all'esperienza e alla pratica, in grado di prevedere la possibilità che si verifichino certi problemi nel controtransfert. C'è un'altra cosa in grado di farci mantenere una certa cautela con il massimo dell'efficienza, man mano che si procede sempre più profondamente nel trattamento analitico, settimana dopo settimana, mese dopo mese, anno dopo anno, diventando sempre più identificati, interessati e profondamente attenti nei confronti del paziente e dei suoi problemi. Non si tratta che di questo: prestare troppa attenzione a possibili reazioni sfavorevoli di controtransfert, potrebbe portare l'analista a un qualche tipo di difesa fissa che lo

porta a trascurare del materiale molto significativo. Ogni analista di esperienza sa che, mano a mano che procede più a fondo in una analisi, in un modo o nell'altro, perde una certa prospettiva della situazione globale.

Farei l'ipotesi che lo sviluppo di strutture nevrotiche di controtransfert in un analista, durante un lungo periodo di tempo, potrebbe essere qualcosa di simile alla teoria della relatività di Einstein. Questa teoria ha a che fare con la questione che si suppone che la luce viaggi in linea retta da un punto all'altro, e faccia altrettanto nel nostro piccolo mondo, con le nostre brevi distanze di misura. Tuttavia, quando la luce viaggia attraverso le gigantesche distanze che noi valutiamo in termini di milioni di anni luce, entrano in scena altri fattori mai compresi o considerati prima; Einstein dimostrò che, in queste vaste possibilità di tempo e spazio, nel raggio di luce vi è una deviazione dalla linea retta. Ugualmente, anche l'analista perfettamente addestrato e analizzato dovrebbe essere in grado di portare avanti una rotta perfettamente lineare per evitare tutte quelle insidie del controtransfert che la sua analisi personale gli avrebbe insegnato ad anticipare ed evitare. E, indubbiamente, egli è sempre più capace di agire in questo modo dopo un tempo sufficientemente lungo. Infine, tuttavia, sembrerebbe che, anche nelle circostanze migliori, un analista devia dalla direzione completamente retta della sua *performance* e della sua comprensione di un caso; sono deviazioni molto lente e quasi impercettibili che provocano nell'analista una reazione inconscia alle pressioni e motivazioni nascoste del paziente e che costituiscono il punto essenziale nell'evoluzione della struttura di controtransfert. È irrilevante per questa tesi che possa trattarsi solo di minime escrescenze nell'intera struttura molto più ampia della situazione terapeutica. Semplicemente non credo che due persone qualsiasi, senza curarsi delle circostanze, possano chiudersi in una stanza, giorno dopo giorno, mese dopo mese, an-

no dopo anno, senza che accada qualcosa a uno in relazione all'altro. Forse l'evoluzione di un cambiamento importante in uno dei due, che è, dopo tutto, il fine della terapia, sarebbe impossibile, alla fine, senza qualche cambiamento di minor conto nell'altro, e probabilmente non ha importanza se il cambiamento minore nell'altro sia di natura razionale. È con ogni probabilità molto più importante che il cambiamento minore nell'altro, cioè il terapeuta, sia ciò che è fondamentale e necessario, nello specifico, a favore di colui per il quale speriamo di raggiungere il cambiamento più importante. Tali cambiamenti nel terapeuta, a mio avviso, dovrebbero comprendere le risposte adattive dell'io e il controtransfert inconscio dell'analista, che interagiscono in modo tale da estendere la capacità integrativa del suo io per cavarsela, nello specifico, con le resistenze di transfert di un particolare paziente. È nella natura delle resistenze di transfert, nella maniera in cui sono costruite dal paziente, che esse scovino e si scagliano contro i punti più deboli dell'armamentario del terapeuta.

Mettere a fuoco in questo modo un piccolo aspetto di un lungo e complesso processo di cura può inavvertitamente creare l'impressione, contro la mia volontà – cioè, l'illusione che la questione in esame sia sentita quantitativamente di maggiore importanza o qualitativamente molto diversa dal resto della nostra esperienza. È l'atteggiamento difensivo del gruppo analitico nei confronti dei fenomeni di controtransfert che rende necessario diffidare di tale interpretazione errata.

Non mi piace il termine "nevrosi di controtransfert" e non vorrei usarlo. Tuttavia, ha preso piede nella nostra letteratura, e ha qualche ragione d'essere in analogia con il termine "nevrosi di transfert". Anche quest'ultima è una denominazione impropria per ciò che accade veramente in una analisi. In generale, i fenomeni di transfert sono sperimentati in numerose e variegata

forme attraverso ogni esperienza analitica, sia dal paziente che dall'analista. Una nevrosi di transfert distinta, ben strutturata, facile da descrivere si presenta raramente e ancor più raramente, per la stessa ragione, dà luogo a una nevrosi di controtransfert ben distinta. Il termine nevrosi è usato in modo molto approssimativo nella letteratura; è impiegato come un epiteto (con la specificità della parola reumatismo) o come una diagnosi psichiatrica ben definita, o come un termine onnicomprensivo per qualsiasi immaturità, bizzarria e conflitto emotivo delle persone che arrivano da noi per essere aiutate. Ci è facile affermare che il loro transfert verso di noi implica che ci sia un'altra nevrosi all'interno della situazione sperimentale del trattamento, ma è del tutto un'altra questione ammettere che il nostro transfert verso di loro sia analogo, sebbene – speriamo – molto più ridotto.

Mi riservo di trattare ulteriormente in futuro la comprensione della natura e del significato della presenza o assenza dell'affetto legato al controtransfert in psicoanalisi. L'accrescersi della maturità del singolo e del gruppo dovrebbe rendere la riflessione su di esso un po' più accettabile scientificamente. A certi livelli ciò sta già accadendo, ma con approcci molto cauti. Uno scritto presentato alla Chicago Psychoanalytic Society quattro anni fa da Adelaide Johnson sfiorava questo problema e suscitò nel pubblico un'angoscia molto intensa e delle obiezioni che ho poi osservato in molti anni di convegni di psicoanalisi. Questa reazione appariva sproporzionata rispetto alle valide obiezioni che avrebbero potuto essere sollevate sull'argomento dell'intervento.

Se si accetta la premessa che il controtransfert possa essere considerato alla stregua di un transfert dell'analista e che sia normale e molto frequente, gli affetti di controtransfert trovano una loro *raison d'être* teorica nella massima universalmente accettata che il vero *insight* è raggiunto nell'analisi del

transfert solo se accompagnato da affetti liberati adeguatamente. Il fatto che il gruppo analitico, a dispetto delle sue analisi personali didattiche vantate come mezzo per rimuovere i "punti ciechi", ancora si difenda strenuamente dall'applicare ai propri atti le stesse interpretazioni dinamiche che vengono sistematicamente applicate ai propri pazienti, è una testimonianza ulteriore della questione senza fine del processo analitico e dell'energia delle forze repressive dell'io.

II. MATERIALE CLINICO

Per la discussione sul controtransfert ho selezionato frammenti di analisi di quattro miei pazienti, nella forma in cui sono riuscita a percepirli. In tre casi, gli affetti di una certa intensità legati al controtransfert hanno giocato un ruolo in quel momento. Due casi furono analisi con un esito positivo; forse uno avrebbe potuto avere un esito migliore. Sono convinta che il mio timore di un coinvolgimento nel controtransfert abbia limitato i risultati riguardo quest'ultimo. Un caso relativamente non riuscito fu segnato da un modesto affetto di controtransfert insieme a un'incapacità a chiarirmi il mio coinvolgimento, ammesso che vi fosse, e da una scarsa comunicazione emotiva tra me e il paziente. Vorrei sottolineare che, in genere, sono convinta che un osservatore esterno non avrebbe rilevato nulla al di fuori dall'ordinario in nessuna di queste analisi.

Ho scelto del materiale che dimostrasse in maniera piuttosto semplice alcuni dei punti in discussione nella Parte I e adatto a essere presentato. Nessuno di questi casi fu in realtà un doloroso fallimento. Ho selezionato del materiale da analisi lunghe condotte pressoché "classicamente", per degli

ovvii motivi. Tutti i pazienti sembravano analizzabili e con una domanda d'analisi. Non penso che l'esperienza avuta con questi pazienti sia stata particolarmente insolita a confronto con molti altri miei casi o con alcuni portati da altri analisti che ho avuto in supervisione, tranne che per una certa cosa nel controtransfert che mi ha colpito per eccesso o per difetto.

Inizierò con un esempio riguardante una reazione specifica di controtransfert con *acting out*. Molti anni fa una paziente, inviata dopo una presunta reazione psicotica e dopo che si era rivolta per una "analisi" a una persona non preparata, al momento dell'invio era profondamente adirata a causa della frustrazione delle sue richieste da parte del precedente terapeuta. Settimana dopo settimana, mese dopo mese, si scatenò nei miei confronti con modi offensivi, nonostante avessi la più grande pazienza nei suoi confronti. Sopportai da parte sua una tale quantità di affronti come non avevo mai ricevuto da nessun altro paziente. Ero irritata dalle ingiurie, ma, al contempo, mi piaceva molto la paziente ed ero sinceramente interessata ad aiutarla, un po' sorpresa della mia capacità di controllare il fastidio nei suoi confronti. Infine giunsi alla conclusione che si trattasse, per la gran parte, di un atteggiamento terapeutico auspicabile, che avrebbe portato certamente una complicazione nel controtransfert. Il seguente episodio segnalò alla mia attenzione questo problema.

In una bella giornata di primavera uscii dal mio studio, venti minuti prima della seduta di questa paziente, lasciando la mia agenda sul tavolo. Pranzai in modo delizioso, sola, godendomela più del solito, e passeggiavo verso lo studio, in tempo per l'appuntamento seguente e per essere informata che la mia paziente era stata là e se n'era andata estremamente arrabbiata. Era ovvio che avevo dimenticato il suo appuntamento, inconsciamente e intenzionalmente; mi venne in mente che ne avevo abbastanza dei suoi insulti da non

poterne più. A questo punto, iniziai ad essere in collera con la paziente e, al seguente appuntamento, quando ella si presentò, mi sentivo molto in collera con lei. In parte riconducevo questa collera alla colpa, in parte a una certa angoscia legata al modo con cui avrei affrontato la prossima seduta, prevedendo che gli attacchi avrebbero superato qualsiasi previsione e che, ora me ne rendevo conto, non sarei stata in grado di tollerarli. Ebbi la fantasia (naturalmente era una speranza) che la paziente avrebbe concluso il suo trattamento con me. All' appuntamento seguente, mi lanciò un'occhiata feroce e disse, in modo accusatorio: "Dov'era ieri?" mi limitai a rispondere: "Mi dispiace, mi sono dimenticata." Ella cominciò ad attaccarmi, dicendo che sapeva che mi trovavo là un po' prima, continuando con i suoi soliti insulti. Non feci alcun commento, sentendo che la cosa migliore era non dire nulla. Continuai per cinque o dieci minuti e improvvisamente si fermò. C'era un silenzio mortale, e tutto a un tratto iniziò a ridere, dicendo: "Bene, lei sa, dottoressa Tower, che, in verità, non posso biasimarla." Fu la prima breccia nella sua ostinata resistenza. In seguito a questo episodio, la paziente fu molto più collaborante e, dopo uno o due brevi momenti in cui mi attaccò, probabilmente per mettermi alla prova, la difesa sparì del tutto e in breve ella arrivò a un profondo transfert nell'analisi. A una prima occhiata, sembra un episodio così insignificante da giustificare a malapena il fatto di averlo riportato. Si potrebbe dire che ero irritata con la paziente ed ero mancata alla seduta a causa delle sue aggressioni, cosa ovviamente vera. Ma il vero problema di controtransfert non era quello. In realtà, il mio *acting out* si fondava su un fatto reale e portò alla risoluzione del problema di controtransfert che avevo tollerato troppo a lungo. Trovai delle tracce dettagliate di una simile inclinazione in certe influenze che avevo subito nella mia prima infanzia; inclinazione in cui incappai in ogni momento della mia crescita. L'avevo compresa parzialmente

e ancora non del tutto risolta nella mia personalità. Questa prolungata resistenza non doveva durare così a lungo, mi ero sentita libera di essere più aggressiva di fronte a tutto ciò. Il modo in cui repressi la mia aggressività e le permisi di accumularsi fino al punto da essere costretta a fare un *acting out*, non era un comportamento auspicabile per un analista. Così, un atteggiamento terapeutico adeguato, teoricamente, cioè quello di un'infinita pazienza, di sforzi per comprendere un paziente molto disturbato, in tale situazione era in realtà una struttura di controtransfert negativo, praticamente una nevrosi di controtransfert di breve durata, che, senza dubbio, dissipava una gran quantità di tempo della paziente, e, se non fosse stata per la mia improvvisa risoluzione attraverso un *acting out*, sarebbe continuata più a lungo. Pensai moltissimo a questo piccolo episodio negli anni seguenti, e finalmente arrivai a capire meglio il suo vero significato.

Tuttavia, solo recentemente ho potuto interrogarmi sul fatto se questa reazione di controtransfert, che, per certi versi, aveva avuto delle implicazioni così chiaramente negative, avesse potuto avere ugualmente delle implicazioni positive per altri. Questa mia particolare disposizione aveva favorito, alla fine, la capacità della paziente nel trattare affettivamente fino in fondo la propria questione difesa con molta forza – l'aspetto omoerotico passivo del transfert – per il quale ebbe una reazione acuta di tipo paranoide che la portò in trattamento con me.

Nel materiale seguente tento di tracciare gli sviluppi di controtransfert in due analisi che si prestano a molti confronti.

Questo materiale è tratto dai casi di due uomini, entrambi uomini d'affari di successo dal *background* abbastanza simile, quasi della mia età, che mi stimavano entrambi come persona, stima che io ricambiavo. Entrambi erano intelligenti, sposati e avevano bambini; tutti e due ebbero analisi lun-

ghe. Una delle due ebbe un esito positivo attraverso il lavoro in un transfert molto profondo: una nevrosi di transfert intensa, che portò a un consistente miglioramento dei sintomi, a una maggiore maturità e realizzazione. Nella seconda, non vi fu un reale lavoro attraverso una nevrosi di transfert, l'analisi non mi soddisfaceva e mi sentivo incerta rispetto al futuro del paziente. Vi era un miglioramento dei sintomi, ma il paziente non era troppo insoddisfatto e gli consigliai, in realtà, di ricorrere a un'analisi con qualcun altro, cosa che fece dopo una notevole resistenza.

All'inizio ero più ben disposta nei confronti del secondo paziente, che sembrava molto motivato al trattamento, più adatto, con uno sviluppo psicosessuale apparentemente normale. Il primo paziente, che arrivò a un esito positivo, d'altra parte, era inizialmente ambivalente, ostile in un modo derisorio e mi fece dubitare da subito sull'opportunità di prenderlo in trattamento.

Per entrambi il matrimonio dei loro genitori era solido, i due padri erano piuttosto passivi ma sufficientemente realizzati. Tutte e due le madri sembravano compulsive, entrambi i pazienti sembravano aver sofferto di profonde mancanze nel loro sviluppo in relazione alla madre: il primo paziente, quello con esito più favorevole, forse meno dell'altro. Il corso e i contenuti della sua analisi indicavano soprattutto una regressione al complesso edipico, che era una caratteristica dominante mentre non era dimostrabile in nessun modo nel secondo caso.

Entrambi i pazienti presentavano gravi problemi di inibizione nell'affermazione virile con formazioni reattive omosessuali passive. Entrambi avevano dei profondi problemi inconsci rispetto a una disposizione orale sadica e mortifera verso una sorella; avevano sviluppato una sintomatologia nevrotica abbastanza seria nella tarda adolescenza ed avevano delle caratte-

ristiche schizoidi. Essi avevano reagito ai problemi dell'omosessualità attraverso un matrimonio precoce con donne aggressive, controllanti e narcisistiche. Le mogli erano attraenti, compulsive, disturbate e così massicciamente difese che nessuna delle due voleva consentire al trattamento nonostante il matrimonio fosse in crisi. I mariti erano devoti e lottavano per far durare il matrimonio. Le mogli non sopportavano il trattamento dei mariti e tentavano di sabotarlo. Ebbi occasione di fare la loro conoscenza, nonostante non ci tenessi. Non ho provato sentimenti negativi e molesti nei loro confronti, malgrado i loro sforzi pieni d'angoscia nel minare il trattamento del marito.

Con entrambi gli uomini, ero molto consapevole di quale ruolo essi avessero nei problemi con le mogli, vale a dire che entrambi erano troppo remissivi, troppo ostili, in un certo senso troppo devoti; le mogli erano frustrate per la mancanza di una sufficiente, disinibita e virile autoaffermazione dei mariti. In entrambi i casi, tutto ciò fu abbondantemente interpretato ed elaborato, ma senza grandi cambiamenti della situazione.

Ovviamente, era una questione sulla quale non si poteva lavorare esaurientemente senza analizzare la sua origine profonda nel conflitto che ognuno di loro aveva avuto con la sorella, e dietro a questo, la rabbia mortifera nei confronti della madre con una regressione sadica orale a partire dal conflitto edipico. Attraversai fasi di (controtransfert?) protezione, in entrambi i casi: con il primo nei riguardi del suo matrimonio e della moglie, con il secondo nei riguardi di lui stesso. Entrambi i pazienti mi mettevano alla prova, nel materiale di transfert, suggerendomi che stavo diventando troppo protettiva, me ne accorsi e credo di essere stata in grado di correggere questo aspetto.

Nel primo caso, il mio atteggiamento protettivo era diretto ad evitare un disturbo secondario nella moglie. Una volta era stata diagnosticata da uno

psichiatra come psicotica e non volevo, realisticamente, provocare in essa uno scompenso con tutti gli effetti devastanti sulla famiglia che un episodio simile poteva arrecare. La protezione, nel secondo caso, era diretta al paziente stesso, in base a elementi analoghi. Questo stesso paziente era stato diagnosticato come psicotico: un esame con il Rorschach, in breve, mostrava come fosse presente un quadro nevrotico profondo; il trattamento analitico era indicato anche se era da aspettarsi sarebbe stato molto difficile. Era una documentazione molto nutrita senza che vi fosse del materiale schizofrenico. Mentre la forza e l'iniziativa apparivano estremamente valide, l'organizzazione di personalità faceva prevedere un traboccare degli affetti senza contenimento. L'immaginazione era limitata e vi erano limitate vie di fuga nella vita interiore.

La sintomatologia presentata da questi pazienti era simile: un'angoscia diffusa con una certa depressione, una forte consapevolezza di una massiccia inibizione, e una certa quantità di confusione riguardante, in particolare, i ruoli sessuali. Entrambe le patologie furono classificate, allora, come nevrosi d'angoscia. Lo sviluppo psicosessuale più normale nel secondo caso e il mio sentimento iniziale più favorevole nei suoi confronti, suggerirebbero teoricamente che, se la mia organizzazione libidica si fosse avvicinata a quella cosiddetta "normale" e se sviluppai delle deviazioni di controtransfert, questo si manifestò, verosimilmente, maggiormente verso il secondo paziente, piuttosto che verso il primo. Egli, quando giunse al trattamento, presentava dei problemi psicosessuali non molto allettanti. Alla prova dei fatti si dimostrò esattamente il caso contrario.

Entrambi i pazienti presentavano irritanti difficoltà di comunicazione: borbottii, linguaggio che si inceppava, logorrea, ripetitività, perdersi in minimi dettagli. Vi erano momenti nelle due analisi in cui mi irritavo per questo

problema di comunicazione. Solo tardivamente, nel trattamento di entrambi, nel momento in cui si rivelò la nevrosi infantile, cominciai a discernere delle differenze in quelle che apparivano difficoltà di linguaggio abbastanza simili. Il problema di comunicazione, nel primo caso, era una resistenza fortemente strutturata e nascosta che sembrava pertinente a una struttura all'interno della quale avrei potuto sviluppare o no delle reazioni di controtransfert relativamente organizzate. Entrambi gli uomini mi si presentarono con un problema specifico, calcolato, potenzialmente, per suscitare certe reazioni di controtransfert in un carattere abbastanza normale e in qualsiasi analista donna che avrebbe dovuto stare in guardia. Ho parlato del fatto che questi due uomini piuttosto gradevoli erano attaccati e dipendenti dalle mogli le quali, per difendersi, non sopportavano e si diedero da fare per ostacolare l'analisi; erano possessive nei confronti del marito, lo disprezzavano con modi raffinati. I due uomini erano molto aggressivi nei confronti delle mogli delle quali avevano timore e mostravano diversi comportamenti compensatori in relazione a questo. Entrambi erano destinati, prima o dopo, a darsi da fare per istigare l'analista contro le mogli, e tentare, infine, di sfruttare l'analisi all'interno di un transfert eterosessuale, in funzione di qualsiasi gratificazione fossero riusciti ad avere dall'analista con la seduzione. Entrambi erano inevitabilmente destinati, naturalmente, ad avere la meglio o a fallire nella misura in cui aspetti profondi del conflitto edipico si fossero risolti nella personalità dello stesso analista. Di tutto ciò ero consapevole teoricamente, come è ovvio, fin dai primi momenti del trattamento, ed ero costantemente vigile nell'osservare le mie reazioni, in modo particolare verso la quantità di lamentele nei confronti delle mogli. Stavo ugualmente in guardia per non lasciarmi andare all'irritazione nei confronti delle rispettive mogli a causa dei loro comportamenti sovversivi nella cura dei mariti.

Nel primo caso il punto di svolta si sviluppò nel modo seguente: verso la fine del secondo anno di analisi, nonostante un vasto sapere intellettuale sulle sue difficoltà, quando sembrava non esserci alcun miglioramento nella situazione coniugale e la comunicazione rimaneva bloccata o difesa nel suo atteggiamento dipendente, la moglie del paziente si ammalò di una grave malattia psicosomatica. Al momento presi nota con cura di questo fatto, supponendo che questa malattia fosse legata alla sua angoscia che sembrava prepsicotica. Provai a immaginare se tutto ciò non potesse rappresentare per lei una scappatoia per abbandonare il controllo e i comportamenti aggressivi e appoggiarsi di più al marito, senza troppa angoscia dell'io. Pensavo che la relazione coniugale ne avrebbe tratto vantaggio. Ciò che avevo rilevato coscientemente, tuttavia, rimaneva separato da ciò che stava già sviluppandosi nel mio inconscio come l'abbozzo di una reazione di controtransfert verso l'intera situazione. Ritenevo che il procedere della nevrosi di transfert di quest'uomo dovesse spingermi lentamente e inesorabilmente nella direzione di diventare, di fatto e in qualche misura, la figura sovraimplicata e sovraidentificata della madre (che la moglie non poteva essere) la quale, senza valutare i pro e i contro della situazione, avrebbe considerato le cose molto più dalla parte del paziente e si sarebbe identificata con la sua ostilità piuttosto che diventare un osservatore completamente imparziale. Ero convinta che, nonostante la mia cautela, venivo spinta in modo impercettibile dalle pressioni del transfert a considerare la moglie alla pari un problema proprio come mi era apparsa all'inizio. Non riuscivo a rendermi conto che ella stava lentamente diventando, in realtà, meno problematica, perché, nonostante la cronica ed esasperata resistenza del paziente, egli *stava trattando* la sua condizione domestica con maggiore fermezza e garbo. La questione era se il paziente mi avesse nascosto tutto ciò o, per ragioni inconsce, non me ne fossi

accorta. Entrambe le cose erano vere. Da questo momento forti impulsi libidici inconsci, sottoposti a frustrazione a causa della nevrosi di transfert, interferirono con le soddisfazioni derivate da un miglioramento delle funzioni esterne dell'io. Tali impulsi miravano ad un maggiore possesso della persona oggetto di un vero interesse e sentita come materna, senza tener conto dei limiti che il transfert richiedeva e senza tener conto se io avessi veramente qualcosa da offrire, inconsciamente, per appagarli.

La madre di quest'uomo, l'aveva realmente abbandonato sul piano emotivo in momenti molto cruciali. Vi era una lontananza tra madre e figlio che non avevo approfondito, ma che mi faceva a pensare che non fosse per niente una madre distante. Alcune fasi finali dell'analisi della nevrosi di transfert confermarono e rivelarono, forse, la ragione per la quale fosse di importanza cruciale per questo particolare paziente che egli fosse letteralmente in grado di sedurmi. Ciò doveva avvenire entro certi limiti, all'interno di un controtransfert deviato verso il lato delle sue difese ostili e dipendenti contro la moglie - prima che fosse in grado di fidarsi di me con i suoi bisogni molto profondi all'interno della nevrosi di transfert. Questi, credo, sono alcuni dei fattori che orientarono le mie riflessioni intellettuali sul significato della malattia psicosomatica della moglie, che rimanevano però separate a causa della mia cecità nei suoi riguardi all'interno del lento sviluppo del controtransfert.

Si arrivò al culmine circa un anno dopo. Mi sentivo preoccupata e frustrata dal carattere monotono, masochista e depressivo della resistenza di questo paziente. Improvvisamente ebbi un sogno che mi sorprese a tal punto da reprimere tutti i ricordi che riconducevano ad esso. Il sogno consisteva semplicemente nel fatto di essere andata in visita in casa del paziente. Vi era solo la moglie, sembrava felice di vedermi e fu molto ospitale e garbata. Il

tono generale della visita era quello di una amichevole chiacchierata pomeridiana tra mogli, i cui mariti erano, forse, amici o colleghi. Il sogno mi lasciò un vago turbamento.

Nel momento in cui iniziai a pensarci, mi convinsi che, ad un certo punto, avevo saputo, ma non ne avevo preso nota, che la moglie non stava interferendo più nella cura del marito. Ciò era dovuto al suo migliore adattamento, a una crescente fiducia nel fatto che io non rappresentavo una vera minaccia per lei insieme a un ridimensionamento della gelosia verso la relazione del marito con me. Ricordai inoltre, a questo punto, che quasi un anno prima riflettevo sul significato della sua malattia psicosomatica che avevo in seguito del tutto dimenticata. In altre parole, mi accorsi che, inconsciamente, avevo assunto un certo atteggiamento fisso nell'aver troppi timori del suo potenziale psicotico e avevo ignorato i suoi miglioramenti. Il sogno mi aveva indicato che ero stata una sventata nell'identificarmi con lei nella situazione coniugale, che in effetti ella desiderava veramente che io entrassi nella sua casa e che avrebbe accolto un giudizio più favorevole nei suoi confronti da parte mia. Il sogno diceva che la moglie era molto più ben disposta nei miei confronti di quanto avessi creduto lo scorso anno, e che era tempo che dessi uno sguardo alla scena domestica dal suo punto di vista.

Dopo aver molto riflettuto accuratamente e abbastanza certa delle mie ragioni, entrai in azione. Dapprima, ripresi l'analisi dell'impercettibile *acting out* da parte del marito nei confronti della moglie all'interno della situazione domestica, un punto trascurato per qualche tempo. Discussi in modo molto diretto l'attacco contro la moglie attraverso il meccanismo del masochismo e di una certa ostilità dipendente, che coglievamo entrambi molto meglio rispetto all'analisi iniziale di questi problemi. Seguendo tutto ciò, discussi ancora e più seriamente i tentativi di mettere me e sua moglie una contro

l'altra, del fatto che avesse calcato e trascinato la sua cattiva situazione coniugale con lo scopo di avere gratificazioni nel transfert. Tutto ciò era stato ampiamente elaborato in precedenza, ma con effetti insufficienti. È ovvio, naturalmente, che, nel mio inconscio e all'interno della risposta controtransferale, si trovava un conflitto edipico riattivato nella forma di una rivalità sovraderminata e di un timore verso un'altra donna in una situazione triangolare.

Seguendo quest'opera di riparazione dei buchi in analisi, in breve tempo il paziente se ne appropriò con molta determinazione. Da un approccio lamentoso, con scarsa tensione durato tre anni, egli cominciò a muoversi con la più grande determinazione. Iniziò a sottopormi a pressioni emotive intense; la sua analisi andò indietro in una dettagliata revisione dell'intero sviluppo, con nuovi *insight* riguardo a esperienze di vita cruciali e una grande attenzione nel ricostruire la situazione infantile. Ci fu un nuovo recupero di memorie precoci, specialmente di materiale della scena primaria e di una particolare e latente distanza tra i genitori.

Seguendo una considerevole rielaborazione del materiale edipico – senza, tuttavia, fargli rivivere l'angoscia di castrazione in modo da sentirmi sicura nel lavoro – il paziente si spostò sul più profondo materiale orale che venne sostituito dal materiale relativo alla sorella nata all'età di circa due anni, con quello relativo alla sorella nata durante il culmine del periodo edipico. Con l'emergere per la prima volta di questo materiale intenso, fecero la loro comparsa affetti senza difesa. Ci fu un lungo periodo caratterizzato da sentimenti depressivi profondi e da rabbia scoperta, sentimenti in gran parte confinati alla seduta. Con questa liberazione di affetti, il blocco del paziente nella comunicazione scomparve per sempre. I sogni e il materiale di fantasia, in questa fase, comprendevano quasi ogni forma di attacchi sadici o di oltraggi concepibili. Ciò consisteva, naturalmente, nel sadismo fallico espresso

in un linguaggio orale. Durante questo periodo la relazione tra noi era molto tesa. La quantità di affetti del paziente avrebbe costituita da sola un grave fardello per chiunque avesse tentato di averci a che fare. Non bastasse, egli mi sottoponeva al più tenace, minuzioso e fastidioso esame, come se mi sezionasse. Ogni mio movimento, ogni parola, venivano completamente passati al setaccio; sentivo realmente che, se avessi fatto anche un solo impercettibile passo falso, tutto sarebbe andato perduto. La minaccia, tuttavia, non era contro di me. L'affetto che si creava in me era piuttosto di quest'ordine: se avessi fallito nell'affrontare questa prova, egli sarebbe caduto a pezzi e non si sarebbe più fidato di un altro essere umano. In molte occasioni facevo sogni che anticipavano in modo diretto il materiale imminente, come se dal mio inconscio arrivasse un preavviso di ciò che sarebbe successo,⁸ e mi fortificava nel trattare l'intensità del suo affetto quando arrivava a colpire.

Durante questo periodo, ogni seduta mi sfiniva e spesso mi trascinavo dietro i sentimenti che si generavano in me durante la seduta. In parecchie occasioni, cominciai ad essere preoccupata del peso di questi strascichi. Questi pensieri, che mi occupavano a tal punto da diventare morbosi, si disperdevano piuttosto rapidamente e con leggerezza. Un pomeriggio stavo per partire per una vacanza, dopo aver visto il paziente quella mattina. Questo fatto aveva aumentato sia i sentimenti sadici che quelli depressivi con cui mi aveva appesantito. Partii sentendomi a terra e sul punto di arrabbiarmi per tutta la faccenda. La depressione e l'irritazione durarono in me parecchie ore e poi scomparvero all'improvviso. Niente era sopravvenuto a disperderle né avevo fatto alcuno sforzo consapevole per questo. Dubito che abbia pensato ancora a questo paziente per tutta la vacanza tranne che casual-

⁸ In gran parte una reazione masochista mascherata dal sadismo.

mente. Il fatto che ciò sia accaduto così spontaneamente mi fece concludere in modo rassicurante che i sentimenti che mi turbavano non significavano che fossi coinvolta in una questione di un controtransfert eccessivo che poteva avere implicazioni sfavorevoli sia per lui che per me stessa. Mi sembrò solamente che ciò che stava accadendo era che il mio inconscio era diventato, in qualche modo, in sintonia con il suo; che ero in grado di tollerare l'affetto legato ai suoi sentimenti di profonda disperazione, a causa di moti e atteggiamenti dentro di me sui quali non avevo alcun controllo cosciente, ma che *erano* adeguati ai suoi bisogni, nel senso che mi permettevano di poter lavorare su questo problema.

Dopo averci pensato abbastanza, mi sembrava che quello che stavo continuando a provare dentro di me nei confronti di questo paziente, fosse costituito da due fattori. Da una parte si era sviluppata in me, in via transitoria, una dose di masochismo sufficiente ad assorbire il sadismo che egli stava scaricando e che l'aveva sempre atterrito per tutta la sua vita. L'altro elemento della mia risposta affettiva fu, credo, unirmi a lui e sostenerlo, attraverso l'identificazione, nella vera reazione inconscia di dolore. Ciò era simile, sono convinta, alla "tristezza" dell'affetto del terapeuta, di cui Adelaide Johnson (15) e Michael Balint (3) hanno scritto. Dal momento in cui espresse il suo sadismo, libero dal timore della perdita di controllo e di rappresaglie, penso che l'io di quest'uomo si sia finalmente e per sempre liberato dalla servitù del sadismo all'interno del superio. L'affetto depressivo era divenuto completamente libero dall'automortificazione e dalla colpa assumendo la qualità di un vero lutto per la perdita dell'oggetto d'amore.

In seguito il paziente ritornò alla situazione edipica con intenso affetto. La rivalità repressa con il padre uscì nel transfert in un modo piuttosto usuale, con fantasie a proposito degli uomini nella vita dell'analista, in una compe-

tizione con sostituti paterni e un reale timore derivato da impulsi di rivalità nei confronti di questi uomini dal momento che si presentarono degli impulsi erotici di transfert nei confronti dell'analista. Con questo lavoro finale attraverso del materiale edipico, il paziente procedeva verso la fine. I miglioramenti e i cambiamenti di personalità in questo paziente si sono ora mantenuti nel tempo e ho l'impressione che le difficoltà della moglie siano in gran parte intrinseche e che il marito non vi abbia contribuito.

È interessante notare che fu solo con lo sviluppo e la risoluzione del mio controtransfert riferito alla situazione coniugale e lo smantellamento della resistenza a comunicare liberando l'affetto a lungo accumulato, che cominciai ad apprezzare moltissimo quest'uomo come persona. Non intendo dire che prima mi fosse sgradito. Per essere precisa è evidente che la reazione di controtransfert, in questo caso, ebbe un effetto benefico. Mi sono convinta che, solo dopo che l'inconscio di quest'uomo aveva percepito di avermi costretta a una reazione di controtransfert, egli divenne sufficientemente fiducioso sul suo potere di influenzarmi e sulla mia disponibilità, pur contenuta, a farmi influenzare e sottomettere da lui. Solo allora, infine, fu in grado di permettere che io penetrassi la sua difesa masochista e avessi accesso al profondo sadismo inconscio a lungo confinato nel suo superio, e da lì divenne possibile e necessario volgere il sadismo su di me. Questo massiccio sadismo, derivato, presumibilmente, da una depressione infantile, è stato riattualizzato nella situazione edipica, causando un forte e regressivo impasto di sadismo orale in quello fallico legato al conflitto edipico. Credo che se non avesse avuto il sentimento, percepito dal suo inconscio, di essere stato realmente capace di piegarmi un po', affettivamente, ai suoi bisogni, quest'uomo non sarebbe riuscito ad arrivare alle origini più profonde della sua nevrosi. Il fatto che sia stato capace di piegarmi così alla sua volontà, riparava la ferita del suo io ma-

schile e nello stesso tempo eliminava la sua paura *infantile* del *mio* sadismo nel transfert materno. Sembrerebbe che egli abbia raggiunto finalmente una fiducia interiore nel fatto che il suo controllo sia *in realtà* adeguato e che io stessa *in realtà* vi creda.⁹

È interessante rilevare che anche il suo inconscio aveva percepito che i miei sentimenti verso di lui erano mutati. Durante questo periodo, fece molti commenti sul mio affetto per lui, senza riferimenti a un amore di tipo sessuale. Erano semplicemente delle prese d'atto. Non ritengo che egli abbia mai avuto un pensiero inconscio sulle ragioni del mio cambiamento. Non ha mai chiesto alcuna conferma né dichiarato di essersi sentito non gradito in precedenza; erano semplici affermazioni causali relative alla percezione di qualcosa che, dal suo punto di vista, era senza tempo, incontrovertibile e non ambivalente. Il suo inconscio *aveva* sentito esattamente qualcosa che, di fatto, era sorto in me. Infatti, è possibile che qualsiasi lavoro che abbia un esito positivo attraverso una profonda analisi implichi evoluzioni di tale sorta. È ben noto a tutti noi che ci siano molte o poche analisi riuscite che sono, ciononostante, analisi parziali. Molte, chiaramente, non potrebbero che essere parziali. Dubito che ci sia un certo lavoro attraverso una profonda nevrosi di transfert, in senso stretto, che non implichi qualche forma di sconvolgimento emotivo nel quale paziente e analista sono coinvolti. In altre parole, vi è una nevrosi di transfert e una corrispondente "nevrosi" di controtransfert (non importa quanto sia limitata o temporanea) che sono entrambe analizzate nel trattamento, con gli eventuali affetti orientati in modo sostanzialmente nuovo da parte di entrambi reciprocamente.

⁹ Spero sia del tutto evidente che nessuna delle mie risposte fu *in nessun momento* un elemento manifesto all'interno del trattamento.

Non so se l'episodio cruciale, che mi sembrò il punto di svolta nel secondo caso, fu una percezione improvvisa da parte mia del fatto che quest'uomo non era analizzabile da me, e la vera difficoltà di controtransfert fu la mia illusione di poterlo fare. La resistenza descritta prima era diventata cronica. Lentamente, vi *furono* guadagni che, in tutta onestà, avrei dovuto considerare in gran parte psicoterapeutici. Lentamente, mi accorsi di un'impercettibile sfumatura torbida nell'atteggiamento verso la moglie e anche verso di me in analisi. Si trovava, tuttavia, così nascosta dietro il materiale manifesto relativo a una dipendenza orale sadica che non sono mai riuscita a portarla alla luce per poterla trattare. Anche ora mi domando se non fosse in realtà riconducibile in qualche modo alla indeterminatezza dei confini dell'io di quest'uomo. Mi trovavo lentamente e sempre più identificata e vicina a sua moglie, soprattutto in relazione alla percezione di questo indistinto e torbido atteggiamento. Mi accorsi, passo dopo passo, dei cambiamenti nei suoi atteggiamenti, dell'attenuazione graduale delle sue interferenze e della collaborazione con il marito riguardo all'analisi e, infine del mio darmi da fare disperato poiché non vi erano cambiamenti a favore della moglie nell'atteggiamento del paziente verso di lei. Egli avanzò forti rivendicazioni con bisogni di dipendenza e sessuali nei miei confronti nel modo in cui di solito appare tale materiale. Con il senno di poi, direi che la ragione per la quale tutto ciò non mi ha toccato fu che tale materiale non era strutturato e perciò era inaccessibile all'interpretazione e, in fondo, quest'uomo *non* possedeva un'energia da mobilitare in grado di piegarmi alla *sua* volontà come il primo paziente. Penso che, con la sua organizzazione dell'io profondamente anaclitica, al massimo avrebbe avuto la capacità di sedurmi sottomettendosi alla *mia* volontà. Di conseguenza, ho sempre avvertito che queste rivendicazioni fossero compensatorie, non tenute a freno e non legate a un vero transfert.

Il punto di svolta in questo caso arrivò quando egli presentò improvvisamente e senza avvisaglie uno stato depressivo e schizoide. Non avevo avuto alcun avvertimento del suo arrivo e avevo scarso materiale con il quale comprenderlo e, prima che potessi valutare che cosa stava succedendo, un giorno egli si presentò all'appuntamento delle cinque, dopo parecchi giorni di intensa angoscia e fantasie ossessive di suicidio. Divenne gravemente agitato, le fantasie suicidarie improvvisamente irrupero in una esplosione di sentimenti omicidi, da allarmarmi veramente. Sentivo che era molto vicino a una rottura dell'io e avrebbe proprio potuto gettarsi dalla finestra o dall'uscita di sicurezza, per trovare scampo al timore delle idee omicide. Lo studio era deserto, le segretarie erano andate a casa. Gli annunciai prontamente e con calma che lo ritenevo troppo agitato per discutere i suoi problemi quella sera, che era preferibile andasse a casa, prendesse un sedativo, tentasse di distrarsi e ritornasse per prima cosa nella mattinata quando si sarebbe sentito più calmo. Il paziente seguì la mia richiesta, in uno stato simile al *trance* e se ne andò. Lentamente fui in grado di tirarlo fuori da questo stato acuto apparentemente quasi psicotico. Dopo questo episodio non ho più avuto la certezza nella mia capacità di poter trattare in un'analisi quest'uomo, né l'ho mai rivisto al di fuori delle sedute. Infine conclusi la sua relazione con me e presi accordi per un trattamento con qualcun altro. Sentivo che, forse, avrebbe potuto lavorare con un analista di sesso maschile che egli avrebbe sentito in grado di controllarlo. Alla fine ci separammo con buoni rapporti reciproci di carattere piuttosto superficiale. Tuttavia, al di fuori di questo lungo sforzo in terapia, penso che non fossero mai intervenuti tra noi sentimenti di vero scambio e comunicazione (per esempio non verbali).

Se quest'uomo era inanalizzabile da me - o da una donna - suppongo che la ragione fosse la mancanza di un io virile riparabile solo attraverso

un'identificazione e una reale incorporazione di un io virile all'interno della cura con un uomo e, forse, solo dopo aver sperimentato un intenso e passivo transfert omoerotico. Apparentemente, non potevo offrirgli questa cosa, e non ero in grado di mobilitare alcun affetto nel materiale omoerotico che portava. Al contrario, la mancanza nell'io virile del primo uomo fu realmente riparata da una piccola vittoria su di me nel transfert. In altre parole, vi era capacità di controllo nel suo io che io percepivo inconsciamente, e ciò mi permise, senza eccessiva angoscia, di reagire in piccola ma sensibile misura come una donna nei confronti di un uomo, mantenendo la mia relazione con lui come quella tra medico e paziente. Capacità integrate di controllo erano assenti nel secondo caso e avrebbero dovuto essere acquisite attraverso un'identificazione e un'incorporazione prima che egli potesse uscire affettivamente dal sadismo latente o indurmi ad avere fiducia in lui come donna.¹⁰

Alcuni anni dopo analizzai un giovane uomo che presentava essenzialmente lo stesso problema e la stessa struttura di personalità del primo dei due casi appena discussi, e la cui analisi raggiunse praticamente la stessa profondità e la stessa intensità affettiva reciproca. Questo caso non si concluse con un esito del tutto felice, e credo, che avrebbe potuto esserlo. Ci furono ulteriori complicazioni di controtransfert in questo caso, a causa delle quali non riuscivo mai a decidere se questo fosse uno di quei rari casi in cui l'analista dovrebbe favorire attivamente un divorzio. Ripensandoci, credo che agissero in me due fattori importanti. Primo: il disagio legato al transfert-controtransfert mi impediva di procedere fino in fondo al problema. Secondo: ero probabilmente intimidita dalle pressioni di un analista più anziano e molto aggressivo, che stava trattando la moglie ed era chiaramente determi-

¹⁰ A livello cosciente ho avuto per lungo tempo un'impressione contraria dell'elemento del controllo in questi due pazienti.

nato a far riuscire questo matrimonio. Conclusi il caso prematuramente, in apparenza con tutti gli accordi e razionalizzazioni reciproche che ci fossero le indicazioni per chiudere. Il fatto che l'inconscio del paziente percepisse esattamente ciò che avevo fatto inconsciamente con lui e per quale motivo, era provato da un *acting out* abbastanza serio e proveniente da un sentimento di rabbia che egli agì in seguito contro di me; lo compresi immediatamente ma, sfortunatamente, non giunse alla mia attenzione che troppo tardi per poterci fare qualcosa. Fortunatamente, il giovane ebbe in seguito un'ulteriore analisi con qualcun altro.

III. SOMMARIO E CONCLUSIONI

Ho tentato di chiarire la concezione attuale sul controtransfert da parte degli psicoanalisti portando del materiale clinico per sostenere la tesi che tali concezioni necessitino di essere semplificate e trasformate e che il fenomeno del controtransfert agisce in modo dinamico all'interno di tutti i trattamenti.

Si è messo l'accento sul fatto che il controtransfert sia solo una tra le reazioni più o meno importanti da parte dell'analista alla situazione di trattamento. (L'empatia, il rapporto, l'intuizione, la comprensione intellettuale e le reazioni di adattamento dell'io sono, naturalmente, altri elementi molto significativi.)

La situazione di cura tra paziente e analista, ai livelli più profondi e non verbali, probabilmente ricalca il modello della simbiosi tra madre e bambino descritta con tanta sensibilità da Benedek e comporta investimenti libidici tra le due parti attraverso canali di comunicazione non verbali. Così, parlando in generale, i pazienti producono degli effetti sui loro analisti. A questi livelli

profondi di scambio, le modalità dominanti costruttive o distruttive usate dal paziente durante il trattamento, derivano, probabilmente, dalla relazione precoce con la madre.

Nelle analisi riuscite il paziente, non solo esprime i *propri* peggiori impulsi, ma forse, realizza uno scopo simile, in forma minore, nel far riferimento all'analista da una parte per metterlo alla prova, dall'altra nel divenire profondamente consapevole che l'analista è un essere umano con dei limiti. Nello stesso tempo, egli realizza, nell'intento di rafforzare il proprio io, la capacità di trattare i difetti dell'analista in modo costruttivo, perdonandolo per la sua aggressività, per il suo *acting out* nel controtransfert al fine di costituire con lui un rapporto libidico adeguatamente maturo e positivo, a dispetto di queste imperfezioni.

Il termine controtransfert dovrebbe essere riservato al transfert dell'analista – nel trattamento – e a nient'altro. Ancora, esso rappresenta la sintesi dell'io inconscio dell'analista e, insieme al transfert del paziente, è il prodotto del lavoro inconscio combinato tra paziente e analista. È molteplice e vario nella sua origine e manifestazione e si trasforma di giorno in giorno e da paziente a paziente. È un fenomeno normale, con radici nella coazione a ripetere. Diviene "anormale", meglio un'interferenza, eccessivo, fisso o impraticabile in relazione a fattori sia qualitativi che quantitativi proprio nella modalità in cui invade la situazione analitica.

È stato fatto uno sforzo per esplorare il concetto e le possibili funzioni anche della "nevrosi" di controtransfert. È evidente che formazioni strutturate intervengono più regolarmente di quanto generalmente si suppone e assolvono a una funzione utile in alcune circostanze. Questa utilità può essere un fenomeno più o meno temporaneo e deriva dalla fonte e dalle caratteristiche della struttura stessa. D'altra parte la sua scoperta, analisi e risoluzione

da parte dell'analista risulta utile a una comprensione emotiva più approfondita della nevrosi di transfert.

Sono convinta che in tutti i casi in cui si sviluppa qualcosa di più di una relazione superficiale tra il paziente e il terapeuta e, inevitabilmente, in tutti i processi veramente profondi, vi sono molte reazioni di controtransfert. Quest'ultime rappresentano qualcosa di simile a una nevrosi di controtransfert che, non importa se impercettibile, potrebbe essere di notevole significato per il corso della cura con la funzione di agente catalizzatore. Per definizione, un catalizzatore è una sostanza normalmente inerte che, in un dato ambiente, è in grado di accelerare o decelerare un processo chimico. Non sembra troppo fantasioso pensare che vi siano fenomeni simili a quei livelli profondi di relazione interpersonale che uno trova all'interno di un trattamento psicoanalitico.

Studi scientifici dell'inconscio dello psicoanalista nella sua pratica potrebbero migliorare la nostra efficacia terapeutica e fornirebbero delle solide basi scientifiche sulle quali valutare le tecniche di trattamento. Studi simili, nello stesso modo, farebbero luce su ciò che è difesa e *acting out* da parte del terapeuta e su ciò che è costruttivo e palesemente scientifico.

(Traduzione dall'inglese di Sandra Puiatti)

Riferimenti bibliografici

1. Alexander, F. *Some quantitative aspects of psychoanalytic technique*, American Psychoanal. Assn. 2:692-701 1954 [→]
2. Balint, A. and Balint, M. *On transference and counter-transference*, *Int. J. Psychoanal.* 20:223-230 1939 [→]
3. Balint, M. *Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis*, *Int. J. Psychoanal.* 31:117-124 1950 [→]
4. Benedek, T. *Adaptation to reality in early infancy*, *Psychoanal. Q.* 7:200-215 1938 [→]
5. Benedek, T. *Countertransference in the training analyst*, *Bull. Menninger Clin.* 18 12-16 1954
6. Berman, L. *Countertransference and attitudes of the analyst in the therapeutic process*, *Psychiatry* 12 159-166 1949
7. Cohen, M. B. *Countertransference and anxiety*, *Psychiatry* 15 231-243 1952
8. Fliess, R. *Countertransference and counteridentification*, American Psychoanal. Assn. 1:268-284 1953 [→]
9. Freud, S. 1910 *The future prospects of psycho-analytic therapy*, *Collected Papers* 2 285-296 London: Hogarth Press, 1946
10. Frosch, J. et al. (Eds.) *Annual Survey of Psychoanalysis* 1 237-248 New York: International Universities Press, 1950
11. Gitelson, M. *The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation*, *Int. J. Psychoanal.* 33:1-10 1952 [→]
12. Glover, E. *Technique of Psycho-Analysis*, New York: International Universities Press, 1955
13. Greenson, R. *Panel discussion on "Sublimation."*, American Psychoanal. Assn. 3:525-527 1954 [→]
14. Heimann, P. *On counter-transference*, *Int. J. Psychoanal.* 31:81-84 1950 [→]
15. Johnson, A. *Transference and countertransference in late analysis of the Oedipus*, (To be published.)
16. Little, M. *Counter-transference and the patient's response to it*, *Int. J. Psychoanal.* 32:32-40 1951 [→]
17. Lorand, S. *Technique of Psychoanalytic Therapy* New York: International Universities Press, 1946 pp. 209-222
18. Orr, D. W. *Transference and countertransference: a historical survey*, American Psychoanal. Assn. 2:621-670 1954 [→]

19. Payne, S. M. *Notes on developments in the theory and practice of psychoanalytic technique*, *Int. J. Psychoanal.* 27:12-18 1946 [→]
20. Racker, H. *A contribution to the problem of counter-transference*, *Int. J. Psychoanal.* 34:313-324 1953 [→]
21. Reich, A. *On counter-transference*, *Int. J. Psychoanal.* 32:25-31 1951 [→]
22. Rioch, J. *The transference phenomenon in psychoanalytic therapy*, *Psychiatry* 6 147-156 1943
23. Sharpe, E. F. *The psycho-analyst*, *Int. J. Psychoanal.* 28:1-6 1947 [→]
24. Tauber, E. S. *Exploring the therapeutic use of countertransference data* *Psychiatry*, 17 331-336 1954
25. Winnicott, D. W. *Hate in the counter-transference*, *Int. J. Psychoanal.* 30:69-74 1949 [→]
26. Round-table Discussion: *Doctor-patient relationship in therapy*, *Am. J. Am. Psychoanal. Assoc.* 15:3-21 1955 [→]

LO SCANDALO DEL CONTROTRANSFERT

Sandra Puiatti

Allo stesso tempo ci prendiamo gioco di ogni investimento libidico da parte di un analista nei confronti del paziente. Vi è molto di oscuro nel comprendere da parte nostra le vicissitudini e le funzioni della libido dell'analista nella relazione terapeutica.

Lucia Tower

Due cambiamenti: "uno grande e uno piccolo", in questo potrebbe consistere l'accadere (psichico) di ogni analisi che si possa definire tale: un cambiamento grande per il paziente – si spera –, e più contenuto per l'analista, poiché si presume che il suo cambiamento più grande sia già avvenuto nella propria analisi personale o didattica.

"L'ultimo articolo, scrive Lacan, quello di Lucia Tower, sottolinea – non per la prima volta, ma per la prima volta in modo articolato – qualcosa che in questo ordine è molto più suggestivo, ossia quello che ella chiama un piccolo cambiamento che può sopraggiungere dal lato dell'analista. Ci dice infatti: è controtransfert tutto ciò che lo psicoanalista rimuove di quello che riceve nell'analisi come significante"¹.

La definizione di controtransfert non rende giustizia, secondo Lacan, della portata della questione trattata nell'articolo di Lucia Tower, alla quale si deve il

¹ Jacques. Lacan, Il Seminario, Libro X, *L'angoscia* (1962 – 1963), Einaudi, Torino 2007, p. 161.

merito, tuttavia, di aver sfidato il moralismo dei benpensanti delle varie associazioni, comitati, ecc., dei centri di potere della psicoanalisi di quegli anni, per porre in discussione quella che ella riteneva la questione vitale per l'esito di un'analisi: la partecipazione e la risposta dell'analista al transfert o, più precisamente, alla nevrosi di transfert del paziente.

Lacan, nel seminario X su *L'angoscia*, va direttamente al cuore del problema, a ciò che chiama "il desiderio dell'analista", poiché la questione del controtransfert non fa che coprire, confusamente, come "nelle prodigiose confidenze" della psicoanalista inglese, la vera posta in gioco.

Moustapha Safouan, in un recente articolo, ne dà una definizione clinica eccellente: si tratta di un desiderio che non condivide le rimozioni in cui si rintanano i fantasmi originari². Una forza che investe sulla verità del soggetto in analisi, dunque, che smaschera la cecità, le connivenze del controtransfert dell'analista con il transfert del paziente, complicità che derivano da elementi strutturali della personalità dell'analista non risolti, in genere risalenti all'Edipo.

Questa è la chiave di lettura, dopo aver letto Lacan, di queste pagine di Lucia Tower che mostrano, nello stile un po' colloquiale del parlato – si trattava infatti di un testo destinato ad essere letto alla Chicago Psychoanalytic Society –, il dibattersi dell'analista lungo quel filo d'angoscia che segnala sempre una risposta di controtransfert all'interno del lavoro di un'analisi.

Questo articolo ci appare come l'opera di una ricercatrice appassionata in anni in cui si arrivava a malapena ad ammettere l'esistenza di un corpo estraneo, di un' "escrescenza" (*excrescence*) da recidere per non sporcare la totalità perfetta e trasparente della cura psicoanalitica.

Sebbene i futuri psicoanalisti non potessero esimersi dal passare per un evento che per loro era rivoluzionario e traumatico – la necessità di sottoporsi alla stessa "cura" riservata al paziente –, l'idea della formazione e del risultato finale era mantenuta in una dimensione idealizzata, all'interno della quale era imbarazzante e scandaloso tutto ciò che riguardava il controtransfert, che può essere considerato il sintomo del desiderio dell'analista.

Era imbarazzante parlarne in pubblico, era imbarazzante parlarne in un'analisi di controllo o in una supervisione, poiché spesso la risposta era:

² Moustapha Safouan, *"L'analyste ne s'autorise que de lui-même". Sens de ce principe et ses répercussions institutionnelles*, in "Figure de la psychanalyse", 20, *Formations de l'analyste*, érès, Tolosa 2010, p. 15.

*But how can you be interested in such a sick patient – and besides, you have no right to have any such fantasies toward any patient*³.

L'effetto di una tale reazione, riportata dall'autrice come esempio del moralismo grossolano di quel periodo, fu di reprimere, almeno in un primo tempo, il punto di verità dell'aspirante analista sottoposto al giudizio del (superio del) supervisore, per il timore di non venire riconosciuto come tale dal gruppo a cui aspirava appartenere.

Non ci scandalizziamo di simili posizioni, peraltro ancora scoperte e facilmente riconoscibili a quel tempo, dato che "... l'analisi personale didattica è spesso considerata dall'analista praticante remota nel tempo, come un obbligo legato a problemi di formazione, senza legame con le operazioni del presente, che rischiano, così, di fortificarsi in difese e razionalizzazioni." (p.7)

La Tower si spinge fino a prendere in considerazione il punto di vista economico nella formazione degli analisti, ovvero se nel futuro analista si sia reso disponibile un certo ammontare di libido, che possa essere investita nella relazione con il paziente, dopo che l'analisi personale didattica ha liberato gli investimenti legati alle costellazioni edipiche della nevrosi.

Si trattava di considerare l'analista non l'immagine ideale in cui il paziente potesse rispecchiarsi, ma un soggetto che ha reazioni, risposte che complicano, rafforzano, deviano, smascherano, la nevrosi di transfert.

Questo è il luogo dove si dirige l'intervento dello psicoanalista: per trattare il transfert di un paziente è assolutamente indispensabile attraversare quell'insieme di reazioni che si strutturano alla stregua della nevrosi sperimentale che si produce in analisi. Lucia Tower la definisce "nevrosi di controtransfert" individuandola in un sistema strutturato di reazioni e risposte dell'analista, che è necessario analizzare alla stessa stregua di quelle del paziente.

Si trattava di una sfida, dunque, per quegli anni cinquanta in cui il modello medico della cura era già stato divelto dalle fondamenta dalla necessità che il futuro analista facesse una domanda d'analisi, facendo così cadere la pretesa differenza tra l'analisi personale e l'analisi "didattica".

Il fine non era più quello di formare degli analisti "perfettamente analizzati", come se potesse esistere un punto di arrivo in cui si "diventa psicoanalista", ma

³ "Ma come può essere interessato proprio a una paziente malata – per di più, lei non ha alcun diritto di avere simili fantasie nei confronti di nessun paziente." (p. 9)

che proseguissero da soli in(de)finitamente, nella propria vita e nel proprio lavoro (ammesso che questa distinzione abbia senso), la loro analisi personale.

Nel lungo e faticoso lavoro di un'analisi "giorno per giorno, mese per mese, anno per anno" – sentimento del tempo che unisce a lungo analista e paziente –, il transfert si modula sulla persona dell'analista e va a cercarlo, a stanarlo proprio in quei punti della sua analisi non risolti su cui costruisce la "resistenza di transfert". Accade allora che la nevrosi di transfert del paziente cerchi la complicità di quei luoghi dell'inconscio dell'analista dove i legami edipici sono rimasti non trattati, formando con essi un nodo a volte inattaccabile.

Ecco a cosa serve aver fatto un'analisi: essere in grado di accogliere e decifrare quei segni dell'inconscio che sono i soli capaci di orientare la cura, non con la procedura di una linea retta, da professionista, ma con le deviazioni improvvise, inspiegabili, estranianti come il viaggio della luce attraverso l'universo nella teoria della relatività di Einstein, secondo il paragone della Tower. (p. 12)

L'inconscio dell'analista muove il lavoro dell'analisi, e offre continue occasioni per poter riprendere in mano punti non risolti. Per questo, momenti di sospensione, di stagnazione, in cui può capitare che si areni il lavoro analitico, sono spesso folgorati da un sogno, da un atto mancato che offre un'interpretazione completamente nuova, sovvertendo la complicità con la resistenza di transfert del paziente.

La dimenticanza di un appuntamento spezza una tolleranza portata avanti troppo a lungo; un sogno apre un nuovo scenario al di là dell'attaccamento a una configurazione edipica suggellata dal transfert e dalla risposta di controtransfert.

In fondo Lucia Tower scopre da sola, in una bella giornata di primavera, nel piacere di prendersi il tempo di una colazione, la libertà che viene dalle formazioni dell'inconscio, dal saperle ascoltare, accogliere. Scopre che il suo inconscio aveva esattamente prodotto, quel giorno, ciò di cui aveva bisogno la sua paziente, una brusca e concreta interruzione della pazienza e disponibilità dell'analista a insulti e attacchi senza fine, una vera e propria procedura innescata dalla paziente. Non vi è nulla del professionista in questi atti mancati, ma un sovvertimento di quell'"atteggiamento terapeutico auspicabile" che il controtransfert aveva, in precedenza, istituito, quale buona prassi per uno psicoanalista. Si potrebbe dire che il desiderio dell'analista abbandona gli scrupoli dei codici deontologici, dell'aiutare, del fare il bene del paziente, per dimenticarsi, come in

questo caso, di prestare soccorso, mancando alla seduta. Lucia Tower si toglie, con l'interpretazione del suo *acting out*, dal proprio passato, da una trappola edipica che la teneva in ostaggio rispetto a un certo fantasma: *"In realtà, il mio acting out si fondava su un fatto reale e portò alla risoluzione del problema di controtransfert che avevo tollerato troppo a lungo. Trovai delle tracce dettagliate di una simile inclinazione in certe influenze che avevo subito nella mia prima infanzia; inclinazione in cui ero incappata in ogni momento della mia vita. L'avevo compresa parzialmente e ancora non del tutto risolta nella mia personalità"* (p. 17)

Ritrovando il piacere di quel momento particolare della giornata, di quella deviazione dalla linea retta tracciata dalla tecnica, si rifiuta di presenziare a un certo posto in cui era stata installata dalla paziente e dal suo controtransfert. È un rifiuto del proprio passato dove non è più l'eroina di cause che non ha scelto, soprattutto della causa per cui era stata convocata dalla nevrosi di transfert della paziente. La diretta conseguenza è che anche quest'ultima viene catapultata fuori dal solito quadretto – di cui non abbiamo dettagli per saperne qualcosa di più –, e l'analista le appare qualcuno a cui riservare un trattamento diverso, fuori dalla coazione a ripetere: *"Bene, lei sa, dottoressa Tower che, in verità, non posso biasimarla"*. La risata che accompagna le parole della paziente rivela tutto il sollievo dell'affetto liberato che nessuna interpretazione avrebbe ottenuto.

Lacan ricordava, infatti, che la prima qualità di un analista è l'amnesia, il dimenticarsi di ciò che riguarda un paziente, quale condizione per ritrovare il desiderio.

Per l'autrice transfert e controtransfert si intrecciano nella coazione a ripetere, nel passato riattualizzato nella stanza d'analisi.

Il controtransfert dell'analista, dove il fantasma s'insinua, gli offre facili e pronte chiavi di lettura, interpretazioni dove tutto ritorna e si ricompone.

Quando l'analista non desidera altro, attraverso la nevrosi del paziente, che riannodare con il proprio passato, attraverso la storia diacronica del paziente che viene ricomposta, non vi è in gioco un desiderio, perché niente interviene a spezzare l'immagine speculare.

La struttura legata al controtransfert dell'analista rappresenta "la controparte essenziale e inevitabile della nevrosi di transfert", una sorta di "agente catalizzatore", cioè "una sostanza normalmente inerte che, in un dato ambiente, è in grado di accelerare o decelerare un processo chimico" (p. 34).

L'interpretazione non basta, suggerisce la Tower, se gli affetti non si liberano, non arrivano a esprimersi nel luogo sperimentale che è la stanza d'analisi. Solo in questo modo è certo che una rappresentazione rimossa ritrovi il suo affetto, ritrovi quel legame che la rimozione aveva spezzato.

(aprile 2011)

Sandra Puiatti