

## LO SVILUPPO DELLA TRASLAZIONE <sup>1</sup>

*Ida Macalpine*

La traslazione è parte integrante della psicoanalisi. La letteratura sull'argomento è vasta e molto dispersiva. Nella maggior parte dei testi su qualsiasi argomento psicoanalitico si trova (spesso, però, non facilmente accessibile) qualche riferimento alla traslazione. Essa costituisce necessariamente l'argomento principale di testi e trattati sulla tecnica psicoanalitica; ma nella vastissima letteratura psicoanalitica "è sorprendentemente limitata la parte dedicata alla tecnica psicoanalitica", afferma Fenichel (1941) "e ancora più esigua è quella dedicata alla teoria della tecnica" (p. 103). Non esiste nemmeno un testo che comprenda tutti gli eventi noti e le varie opinioni. Questo fatto è tanto più degno di nota in quanto le opinioni avanzate sul meccanismo della traslazione sono divergenti e il suo modo di produzione sembra essere stato poco compreso. In mancanza di una valutazione critica globale, può accadere benissimo che lo studente rimanga sconcertato nel notare che la maggior parte degli autori, prima di addentrarsi nell'argomento che intendono trattare, ritengono necessario dare una loro interpretazione personale del significato delle espressioni "traslazione" e "nevrosi di traslazione". Ciò è bene illustrato nel libro di Fenichel sulla teoria della nevrosi (1945) che, pur contenendo più di milleseicentoquaranta riferimenti bibliografici, ne dà uno solo per il tema della traslazione.

Il fatto che la causa della traslazione non sia conosciuta sembra essere passato inosservato. E' come se si presumesse tacitamente che l'argomento sia stato pienamente compreso. Fenichel (1945), ad esempio, scrive che Freud (1912) "fu, sulle prime, sorpreso di imbattersi in un simile fenomeno; oggi, le sue scoperte ne facilitano la comprensione teoretica. La situazione analitica contribuisce allo sviluppo di derivati di quanto è rimosso, mentre, contemporaneamente, una resistenza opera contro questo stesso sviluppo. [...] Il paziente *fraintende* il presente nei termini del passato" (p. 40). Se si esamina attentamente

<sup>1</sup> *The development of transference*, pubblicato in *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 1950, pp. 501-539, trad. it in *Setting e processo psicoanalitico*, a cura di Celestino Genovese, Milano, Cortina, 1988.

questo brano, frequentemente citato, ci si rende conto che esso non dà nessuna spiegazione teorica dei fattori che provocano la traslazione. Per quanto illuminanti e minuziose possano essere queste e altre affermazioni simili, esse sono comunque descrittive e non esplicative.

I motivi della limitata comprensione della traslazione sono storici, inerenti all'argomento e psicologici.

## MOTIVI DELLA MANCANZA DI RICERCA

### *Motivi storici*

Man mano che la psicoanalisi si sviluppava, c'era una lotta naturale per differenziarla dall'ipnosi, la sua antenata, e si tendeva a trascurare le analogie fra le due. Il modo di produzione e l'emergenza della traslazione (positiva, negativa, e nevrosi di traslazione) venivano considerati un fenomeno completamente nuovo, peculiare della psicoanalisi, e completamente diverso da quanto si verificava nell'ipnosi.

In questa differenziazione dall'ipnosi, la psicoanalisi doveva tener conto del concetto di "suggestione". Molti psicoanalisti, e alcuni in particolare, si sono lamentati dell'uso improprio e inesatto di questo termine. La grande spinta verso la ricerca sulla "suggestione" venne dallo studio dell'ipnosi. Con l'apparizione del libro di Bernheim (1886), l'ipnosi non fu più considerata un sintomo dell'isteria, ma si accertò che la parte centrale dell'ipnosi era l'effetto di suggestione, ed è merito di Bernheim aver mostrato che tutte le persone sono soggette all'influenza della suggestione e che l'isterico si differenzia dagli altri principalmente per la sua anormale sensibilità nei confronti dello stimolo suggestivo. Questo appariva a Freud come un grande vantaggio, in quanto si riconosceva l'importanza di un meccanismo mentale nella produzione della malattia. Nella prefazione alla traduzione in tedesco del libro di Bernheim – che è di interesse storico perché si ritiene sia la prima pubblicazione di Freud su un argomento psicologico – Freud (1888) sottolinea la grande importanza dell'insistenza, da parte di Bernheim, sul fatto che l'ipnosi e la suggestione ipnotica si possano praticare "anche con la maggior parte delle persone sane, non solo con gli isterici e con i neuropatici gravi" ed esprime la sua convinzione che questo "ben si presta ad allargare l'interesse dei medici per questi metodi terapeutici, oltre la ristretta cerchia dei neuropatologi" (pp. 69-70). Fu così riconosciuta la rilevanza della suggestione, ma restava da chiarire il suo significato. Freud cercò di trovare un legame tra i fenomeni fisiologici (somatici) e mentali (psicologici) nell'ipnosi: "Io ritengo che l'uso incerto e ambiguo del termine *suggestione* suggerisca una contrapposizione molto netta che in realtà non esiste". Si propose quindi di dare una definizione della suggestione che abbracciasse sia le sue manifestazioni fisiologiche che quelle mentali: "Vale la pena di chiedersi che cosa si debba veramente intendere per *suggestione*. Certamente con questo termine va inteso un tipo di influsso psichico, e vorrei dire che la suggestione si contraddistingue da altri tipi di influsso, come il comando, la comunicazione e l'insegnamento, per il fatto che con essa in un altro cervello viene risvegliata un'idea che non viene

percepita secondo la sua provenienza reale, ma come fosse sorta spontaneamente in quel cervello” (p. 76). Freud non riuscì comunque a dare del termine una definizione chiara e inequivocabile.

Per poter rivendicare all'ipnosi e all'isteria un posto nella psicopatologia, bisognava tuttavia portare i fenomeni fisiologici (vascolari, muscolari ecc.) sotto l'influenza della suggestione. Le funzioni fisiologiche non sono soggette al controllo cosciente, e la prima definizione della suggestione data da Freud non le comprendeva; per cui, sempre in questo scritto preanalitico, Freud amplia il significato della suggestione, introducendo la “suggestione indiretta”. Egli dice: “Le suggestioni indirette, in cui tra l'incitamento esterno e la conseguenza s'intromette una serie di anelli intermedi derivanti dall'attività della stessa persona suggestionata, consistono sempre in fenomeni psichici i quali però non ricevono tutti dalla coscienza la piena luce, che cade invece sulle suggestioni dirette” (p. 77). È importante notare che il fattore di un'operazione inconscia di suggestione viene qui introdotto per la prima volta negli scritti di Freud. Se, ad esempio, si suggerisce a un paziente di chiudere gli occhi, e a seguito di ciò egli si addormenta, è il paziente che ha aggiunto una propria associazione (il sonno segue la chiusura degli occhi) allo stimolo iniziale. Si dice in questo caso che il paziente è soggetto a “suggestione indiretta” perché lo stimolo suggestivo ha aperto la porta a una catena di associazioni nella mente del paziente: in altre parole, il paziente reagisce allo stimolo suggestivo attraverso una serie di autosuggestioni. Freud, sia in questo scritto che in altri successivi, usa l'espressione “suggestione indiretta” come sinonimo di “autosuggestione”.

Quando Bernheim scoprì che la suggestione era la base dell'ipnosi, restava da spiegare perché la maggior parte delle persone, ma non tutte, potevano essere ipnotizzate, o erano suscettibili di suggestione, e perché alcune potevano essere ipnotizzate più facilmente di altre; così, accanto all'attività dell'ipnotizzatore, fu accertata l'esistenza di un altro fattore insito nel paziente, che andava quindi esaminato: questo fattore fu chiamato *suggestionabilità* del paziente. La natura di ciò che accadeva nella mente del paziente durante l'ipnosi divenne subito oggetto di ampie indagini, e l'interesse si concentrò progressivamente sul processo psicologico soggettivo. Ferenczi (1909) dimostrò che l'ipnotizzatore, quando dà un ordine, prende il posto delle immagini parentali e, cosa più importante, viene accettato dal paziente in questo ruolo. Freud (1921) giunse alla conclusione che l'ipnosi costituisce un reciproco legame libidico. Egli scoprì che il meccanismo attraverso il quale il paziente diventa suggestionabile è una separazione dall'Io dell'Ideale dell'Io, che trasferito al “suggestionatore”. Dal momento che l'ideale dell'Io ha normalmente la funzione dell'esame di realtà<sup>2</sup>, questa facoltà risulta fortemente ridotta nell'ipnosi e questo spiega sia la credulità del paziente sia la sua successiva regressione dalla realtà verso il principio del piacere. Secondo Freud, il grado di suggestionabilità della persona dipende dal grado di maturità. Quanto minore è la distinzione fra l'Io e l'ideale dell'Io, tanto più facilmente si verifica l'identificazione con l'autorità. Notiamo così che, nella comprensione dell'ipnosi e della suggestione, la suggestionabilità del soggetto portava a dare

<sup>2</sup> Freud (1922) ha successivamente contraddetto questa affermazione nell'*Io e l'Es* (cap. III, p. 491, nota).

maggior importanza alle attività del “suggestionatore”. Ernest Jones (1948) sostiene che non c'è nessuna differenza fondamentale fra autosuggestione ed eterosuggestione: entrambe costituiscono una regressione libidica verso il narcisismo. Abraham (1926), nel suo scritto su Coué, mostra come le persone soggette a questa forma di autosuggestione regredivano a stati di nevrosi ossessiva. McDougall (1920) parla dell'atteggiamento di remissività del soggetto come suggestionabilità. Poiché il fattore comune riscontrato in tutte queste indagini è la regressione, sembrerebbe lecito definire la suggestionabilità come adattabilità attraverso la regressione.

Nelle indagini sull'ipnosi l'accento è stato posto, in momenti diversi, su fattori intrinseci (un'idea che viene inculcata o le attività dell'ipnotizzatore) oppure su fattori estrinseci (la suggestionabilità del paziente). In effetti, mentre all'inizio si era ritenuto che l'intero processo della suggestione consistesse nell'*inculcare* nella mente del paziente un'idea estranea, indipendentemente da qualsiasi fattore operante nel paziente stesso, bene presto si passò all'altro estremo e l'essenza dell'ipnosi fu considerata il processo endopsichico (capacità di regredire). Attraverso questo sviluppo storico, la *suggestione* e la *suggestionabilità* cominciarono ad essere confuse, benché sia chiaro che la suggestionabilità implica evidentemente uno stato o disponibilità a prescindere dall'effettivo processo di suggestione. Purtroppo, però, questi due termini sono entrati nella letteratura psicoanalitica come aventi lo stesso significato. E' in parte dovuto a ciò il fatto che la traslazione sia stata poi considerata una manifestazione spontanea, senza tener conto dei fattori che l'hanno accelerata. Queste ambiguità non sono mai state superate; inoltre, esse sono in una certa misura responsabili della mancata comprensione della genesi e natura della traslazione.

Per differenziare la nuova tecnica psicoanalitica dall'ipnosi, ci fu un rifiuto della suggestione in psicoanalisi. Questo, però, è stato successivamente messo in discussione e il termine suggestione è stato reintrodotta nella terminologia psicoanalitica. Freud (1915-1917) fa questa singolare affermazione: “Quanto a noi, dobbiamo renderci conto che nella nostra tecnica abbiamo abbandonato l'ipnosi solo per riscoprire la suggestione nella forma di traslazione” (p. 595). In un altro scritto (1924) ribadisce: “La traslazione è equivalente alla forza chiamata *suggestione*”<sup>3</sup> e, più avanti, “E' assolutamente vero che la psicoanalisi, al pari di tutti gli altri metodi psicoterapeutici, agisce per mezzo della suggestione. Una differenza tuttavia esiste: nel nostro caso, l'esito del trattamento terapeutico non è interamente affidato alla suggestione o traslazione” (p. 109). Mentre qui Freud equipara traslazione e suggestione, un pò prima, nello stesso testo, afferma: “Non è difficile riconoscere nella traslazione lo stesso fattore dinamico che gli ipnotizzatori hanno chiamato *suggestionabilità*; tale fattore [...] costituisce il fonda-

<sup>3</sup> Qui la Macalpine utilizza due edizioni diverse per le citazioni della *Selbstdarstellung* di Freud, la qual cosa crea qualche complicazione. La frase appena citata, ad esempio, non esiste nella versione delle “Opere” di S. Freud, edite da Boringhieri. Verosimilmente essa è sostituita da «Non è difficile riconoscere nella traslazione lo stesso fattore dinamico che gli ipnotizzatori hanno chiamato *suggestionabilità*», che invece l'autrice riporta poco dopo come altra. Forse la confusione si spiega con il fatto che la Macalpine cita la prima frase, e qualche altra più avanti, dalle *Gesammelte Werke* (1948, vol. 14), che riproducono il testo già pubblicato nel 1928 in *Gesammelte Schriften* (vol. 11) senza le variazioni del 1936. Variazioni, invece, presenti nel testo inglese del 1946, utilizzato per le altre citazioni. Sulle vicende editoriali della *Selbstdarstellung*, vedi Musatti (1978). [NdC]

mento del rapporto ipnotico” (*ibidem*). Anche nella sua Introduzione alla psicoanalisi (1915-1917) Freud usa le espressioni traslazione e suggestione in maniera intercambiabile, ma precisa il significato della parola suggestione in psicoanalisi affermando che la “suggestione diretta” è abbandonata in ambito psicoanalitico, dove è utilizzata soltanto per scoprire invece di coprire. Ernest Jones (1918) afferma che la suggestione comprende due processi: “*suggestione verbale* e *suggestione affettiva*, di cui l’ultima è primaria ed è necessaria per l’azione dell’altra. La suggestione affettiva è una relazione che dipende dalla traslazione (*Übertragung*) di determinati processi affettivi positivi nella regione inconscia della mente del soggetto. [...] La suggestione svolge un ruolo in tutti i metodi di trattamento delle psiconevrosi tranne quello psicoanalitico”. Questa nuova terminologia non sembra chiara. La suggestione affettiva rappresenta ovviamente la suggestionabilità.

Questa formulazione contraddice chiaramente l’affermazione di Freud in relazione al ruolo della suggestione in psicoanalisi, benché Freud e Jones concordassero pienamente sull’argomento. Ma l’impiego confuso e casuale dei termini non poteva non influire negativamente sulla piena comprensione della traslazione analitica. Questo potrebbe anche essere considerato una prova del fatto che la traslazione non è pienamente compresa: se lo fosse, potrebbe essere spiegata semplicemente e chiaramente.

Che Freud non fosse soddisfatto della definizione di traslazione e di suggestione è confermato dalla seguente affermazione: “Se ora, a distanza di circa trent’anni, mi accosto di nuovo all’enigma della suggestione, trovo che nulla in proposito è mutato [...] la parola tende a un impiego sempre più esteso e a un significato sempre più vago” (1921, p. 280). Egli introduce tuttavia un’altra differenziazione fra la suggestione “com’è usata nella psicoanalisi” e la suggestione in tutte le altre psicoterapie. Come è usata nella psicoanalisi, sostiene Freud – e si direbbe con una sorta di speciale perorazione – la suggestione è diversa rispetto a come è usata in altre terapie, in quanto, nella psicoanalisi, la traslazione viene analizzata continuamente e quindi risolta, il che implica che in tal modo gli effetti della suggestione siano eliminati.

Quest’affermazione si fece strada nella letteratura psicoanalitica in molti punti, e fu accettata sempre più come un valido argomento standard: il fattore della suggestione è eliminato dalla risoluzione della traslazione, e questa è vista come la differenza essenziale fra la psicoanalisi e tutte le altre psicoterapie. Ma è dubbio se si possa considerare scientifico includere nella definizione della suggestione la successiva relazione tra terapeuta e paziente; né è scientificamente esatto qualificare la suggestione in base alla sua funzione: o è suggestione o non lo è, qualunque sia il suo scopo, sia esso di coprire o di scoprire. Usando la suggestione quando conviene, e trattando poi i termini suggestione, suggestionabilità e traslazione come sinonimi, si ha uno scarso vantaggio metodologico. Non sorprende quindi il fatto che la comprensione della traslazione analitica abbia risentito di questa persistente formulazione inesatta e non scientifica.

Non si può non essere d’accordo con Dalbiez (1941) quando dice: “La deplorabile abitudine dei freudiani (che in realtà essi debbono a Freud stesso) di identificare la traslazione con la suggestione ha largamente contribuito a screditare le interpretazioni psicoanalitiche. La verità è che la traslazione positiva

determina le condizioni più favorevoli per l'intervento della suggestione, ma non è assolutamente identica ad essa. [La suggestione è invece] realizzazione inconscia e involontaria del contenuto di una rappresentazione" (pp. 114-115). Questo riassume chiaramente i fattori che Freud postulava, cioè autosuggestione, suggestione diretta e indiretta, e il loro funzionamento inconscio.

Per sintetizzare questa rassegna storica, si può affermare che, nonostante le ambiguità, nella tecnica psicoanalitica classica la suggestione così definita è usata solo per indurre il paziente a rendersi conto che può essere aiutato e che può ricordare.

#### *Motivi inerenti all'argomento*

Un importante fattore che può aver fatto trascurare la teoria della traslazione è stato la preoccupazione iniziale degli analisti di dimostrarne i vari meccanismi. L'interesse fu distolto dalla genesi della traslazione e incentrato invece sulle manifestazioni della resistenza e sui meccanismi di difesa. Questi meccanismi erano spesso presentati come spiegazioni della traslazione e ci si valeva del loro funzionamento per spiegare la natura del fenomeno e il suo verificarsi.

#### *Motivi psicologici (controtraslazione)*

L'aver trascurato quest'argomento può essere in parte dovuto alle angosce personali degli analisti. Edward Glover (1940), sottolineando la mancanza di un'aperta discussione sulla tecnica psicoanalitica, prende in considerazione la possibilità di angosce soggettive: "Ciò appare tanto più verosimile in quanto la discussione tecnica si incentra sui fenomeni della traslazione e della controtraslazione, sia positive che negative" (p. 291). Può aver cooperato, in quest'accantonamento del problema, anche lo sforzo inconscio di evitare qualsiasi "interferenza" o, più esattamente, di allontanare qualsiasi sospetto di metodi che ricorressero quelli dell'ipnotizzatore.

### MOTIVI DELLA MANCANZA DI LETTERATURA

Una rassegna della letteratura nei ristretti limiti di quest'articolo dovrebbe limitarsi soltanto a riassumere quello che è stato detto sulle cause della traslazione psicoanalitica. Anche se questo compito potrebbe apparire facile, è tuttavia di dubbio valore se non è preceduto da uno studio della letteratura sulle manifestazioni della traslazione in generale e da un esame della natura della traslazione e del suo significato: in questo caso sarebbe del tutto ovvio che coesistono molte differenze d'opinione e che siano state date molte interpretazioni divergenti.

Purtroppo, in mancanza di uno studio critico esauriente sull'argomento, un tale compito si rivela in realtà impossibile, perché non si danno definizioni chiare e sono in compenso numerose le divergenze su cos'è la traslazione. Ciò può essere in parte attribuito allo stato di "scienza in via di sviluppo" della psicoanalisi e al fatto che la maggior parte degli autori affronta l'argomento da una sola angolatura.

Tanto per cominciare, non c'è unanimità di opinioni sull'uso del termine traslazione, che, come fenomeno, viene indicata in vari modi, quali “la traslazione”, “una traslazione”, “traslazioni”, “stato di traslazione” e talvolta anche “rapporto analitico”.

La traslazione comprende l'intera relazione affettiva fra analista e paziente in analisi oppure le più limitate manifestazioni della “traslazione nevrotica”? Freud usava il termine traslazione in entrambi i sensi. Silverberg (1948) ha recentemente attirato l'attenzione su questo fatto, affermando che la traslazione dovrebbe essere limitata alle manifestazioni “irrazionali” e che, se il paziente dice “buongiorno” al suo analista, è irragionevole far rientrare tale comportamento nella sfera della traslazione. C'è però anche chi, come Glover (1928), ha espresso l'opinione contraria, vale a dire che la traslazione, dopo la fase iniziale, si manifesta ovunque e di qualunque azione del paziente può essere data un'interpretazione di traslazione.

La traslazione può essere adattata alla realtà oppure traslazione e realtà si escludono a vicenda, per cui una certa azione può essere soltanto o l'una o l'altra? Oppure possono coesistere in modo che si possa dare a un comportamento conforme alla realtà un significato di traslazione come nella interpretazioni di traslazione forzata? Alexander arriva alla conclusione che esse “in realtà si escludono a vicenda, proprio come il più generale concetto di *nevrosi* è assolutamente inconcepibile con quello di comportamento adattato alla realtà” (Alexander, French, 1946, p. 72).

Freud (1912) divise la traslazione in positiva e negativa. Fenichel (1941) contesta questa suddivisione: “Le forme di traslazione che si manifestano nei nevrotici si caratterizzano per la loro ambivalenza: cioè di solito sono al tempo stesso positive e negative”; e afferma ancora che le manifestazioni della traslazione dovrebbero essere valutate in base al loro “valore di resistenza”, notando che “la traslazione positiva [...] può essere assai propizia [...] come motivazione per superare le resistenze, ma nella misura in cui si tratta di traslazione deve giungere un momento in cui queste stesse pulsioni di traslazione diverranno resistenze” (pp. 33-34). Ferenczi (1918), invece, dopo aver asserito che una traslazione positiva violenta, specialmente nelle prime fasi dell'analisi, spesso non è altro che resistenza, sottolinea che in altri casi, e in particolare nelle fasi successive dell'analisi, essa è essenzialmente il veicolo attraverso il quale le lotte inconsce possono raggiungere la superficie. Il più delle volte si sottolinea l'ambivalenza intrinseca della traslazione, considerandola come una tipica manifestazione della personalità nevrotica.

Un'altra critica nasce da un aspetto particolare della traslazione: l'acting out nell'analisi. Freud (1920) ha introdotto il termine “coazione a ripetere” affermando che “nel caso della persona sottoposta ad analisi, è evidente che la coazione a ripetere gli eventi della propria infanzia nella traslazione non tiene conto *in alcun modo* del principio di piacere” (p. 222). In un esame critico globale dell'argomento, Kubie (1939) giunge alla conclusione che l'intera concezione di una coazione a ripetere tanto per ripetere è di valore discutibile come concetto scientifico, e sarebbe meglio eliminarla. Egli ritiene che il concetto di coazione a ripetere coinvolga il contrastato istinto di morte e che il termine sia usato nella letteratura psicoanalitica con connotazioni così diverse da perdere in gran parte,

se non del tutto, il proprio significato originario. Freud ha introdotto questa espressione per quel tipo di reazione traslativa che è stato chiamato acting out, ma essa viene in realtà applicata a tutte le manifestazioni della traslazione. Anna Freud (1936) definisce la traslazione come “tutti quegli impulsi del paziente verso l’analista che non insorgono *ex novo* dalla situazione analitica attuale, ma derivano da più antiche e remote relazioni oggettuali e non sono che ravvivati nella situazione analitica sotto l’influsso della coazione a ripetere” (pp. 161-162). L’espressione “coazione a ripetere” dovrebbe quindi essere respinta o accettata? E, nel caso in cui sia accettata, è applicabile a tutte le reazioni di traslazione o all’acting out soltanto?

Questo porta a chiedersi se le manifestazioni della traslazione siano essenzialmente nevrotiche, come il più delle volte ha sostenuto Freud: “la sorprendente peculiarità dei nevrotici di sviluppare sentimenti sia affettuosi che ostili nei confronti del loro analista è chiamata traslazione” (1924).<sup>4</sup> Altri autori, invece, trattano la traslazione come un tipo di meccanismo di spostamento, e la ritengono un meccanismo “normale”. Abraham (1908) considera la capacità di traslazione identica alla capacità di adattamento, che è “traslazione sessuale sublimata”, e ritiene che l’impulso sessuale del nevrotico si distingua da quello normale soltanto dalla sua eccessiva forza. Glover (1939) afferma: “L’accessibilità all’influenza umana dipende dalla capacità del paziente di stabilire la traslazione, ossia di ripetere in situazione attuali [...] atteggiamenti emotivi inconsci sviluppati nella vita di famiglia della sua prima infanzia” (p. 359). La traslazione è allora conseguente a un trauma, un conflitto, una rimozione, e quindi esclusivamente nevrotica, oppure è normale?

In risposta alla domanda se la traslazione sia razionale o irrazionale, Silverberg (1948) sostiene che la traslazione dovrebbe essere definita come qualcosa che ha due qualità essenziali: quelle di essere “irrazionale e sgradevole per il paziente”. Fenichel (1941) ammette che “la traslazione sia legata al fatto che una persona non reagisce razionalmente alle influenze del mondo esterno” (p. 33). E’ evidente che valutare la traslazione come razionale o meno non ha portato a nessun vantaggio o chiarimento circa il significato del termine. In particolare, è davvero infelice l’introduzione dell’antitesi razionale/irrazionale, dal momento che è stata proprio la psicoanalisi a dimostrare che il comportamento razionale può essere fatto risalire a delle radici irrazionali. Che cosa viene trasferito? Affetti, emozioni, idee, conflitti, atteggiamenti, esperienze? Freud dice che sono compresi solo affetti di odio e amore, ma Glover (1937) nota che “fino a quella data [1937] la discussione sulla traslazione subiva in gran parte l’influsso della comprensione di un solo meccanismo inconscio, quello dello spostamento”, e conclude che “un’adeguata concezione della traslazione deve riflettere la totalità dello sviluppo dell’individuo [...] egli sposta sull’analista non semplicemente

<sup>4</sup> Valgono qui le considerazioni fatte nella nota precedente. La Macalpine cita dalle *Gesammelte Werke* (1948), vol. 14, p. 67, una riproduzione fotografica del testo del 1928. Nella versione riveduta del 1936, non solo questa frase, così formulata, non esiste, ma nel pensiero di Freud è esattamente opposto a quello che la Macalpine gli attribuisce: «L’analisi non fa altro che rendere palese e isolare la traslazione, la quale è un fenomeno universalmente umano che decide delle sorti di qualsiasi influsso medico e addirittura stabilisce il suo dominio su tutte le relazioni che gli individui hanno con i loro simili» (Opere di S. Freud, Boringhieri, Torino, 1978, vol. 10, p. 109). [NdC]



affetti e idee, ma tutto ciò che ha appreso o dimenticato durante tutto il suo sviluppo mentale” (p. 127). Tutto questo viene trasferito sulla persona dell’analista o anche nella situazione analitica? Il comportamento extranalitico deve essere classificato come traslazione?

Le traslazioni positive o negative sono avvertite dall’analizzando come “un corpo estraneo interferente”, come dice Anna Freud (1936) quando tratta la traslazione degli impulsi libidici, o sono gradite al paziente, dandogli una gratificazione così grande da fungere da resistenze? Alexander sostiene che le gratificazioni della traslazione sono in gran parte all’origine del prolungamento non necessario dell’analisi, e ricorda ai suoi lettori che, mentre all’inizio Freud (1913) aveva un’enorme difficoltà a persuadere i propri pazienti a continuare l’analisi, ben presto ebbe la stessa enorme difficoltà a convincerli a interromperla (Alexander, French, 1946).

Freud (1912) divide la traslazione positiva in amichevole e positiva.<sup>5</sup> La relazione fra le due non è chiaramente definita e la traslazione amichevole viene talvolta chiamata relazione analitica. Le due traslazioni si fondono o restano separate? La traslazione amichevole si risolve con la traslazione positiva e negativa? La discussione sull’importanza della traslazione positiva all’inizio dell’analisi e come elemento portante dell’intera analisi si è recentemente riaccesa fra gli analisti infantili (Freud, 1946; Klein, 1927).<sup>6</sup> Tale discussione si è estesa alla questione se una nevrosi di traslazione nei bambini sia o meno auspicabile o addirittura possibile. Mentre questa polemica tocca le fondamenta della teoria psicoanalitica, le definizioni offerte come base per la discussione non sono molto precise.

Le contraddizioni esistenti nella letteratura riguardo alla traslazione potrebbero moltiplicarsi, ma quelle citate sono già sufficienti a esemplificare l’evidente mancanza di una concezione unitaria. Alexander afferma: “Benchè tutti siano d’accordo sul fatto che il problema dinamico centrale nella terapia psicoanalitica sia il modo di trattare la traslazione, c’è una grande confusione su che cosa la traslazione significhi effettivamente” (Alexander, French, 1946). Egli arriva alla conclusione che la relazione di traslazione diventa identica alla nevrosi di traslazione, con la differenza che le reazioni traslative nevrotiche transitorie non vengono di solito nobilitate con la denominazione di nevrosi di traslazione. Alexander mette quindi in discussione proprio la necessità del termine nevrosi di traslazione.

Sempre per quanto riguarda la nevrosi di traslazione si registra un’analogia incertezza concettuale. Le definizioni cominciano di solito così: “Quando i sintomi si diradano”, “Quando si raggiunge il livello del conflitto”, “Quando il conflitto nevrotico viene spostato nella situazione analitica”, “Quando la produttività della malattia si accentra intorno a un punto soltanto, la relazione con l’analista”; tuttavia, parlando in senso stretto, queste sono descrizioni, non definizioni.

<sup>5</sup> Per essere più precisi, Freud si esprime nei termini seguenti: «La traslazione positiva si scompone poi a sua volta in traslazione di sentimenti amichevoli o affettuosi, capaci di pervenire alla coscienza, e in traslazione delle propaggini di tali sentimenti nell’inconscio. A proposito di questi ultimi, l’analisi dimostra che essi risalgono regolarmente a fonti erotiche [...]» (1912, p. 529). [NdC]

<sup>6</sup> L’avverbio “recentemente” si spiega con il fatto che la Macalpine attribuisce allo scritto di Melanie Klein la data in cui è stato pubblicato in *Contributions to psychoanalysis* (1948). In realtà, esso era già apparso nel 1927 sull’*International Journal of Psychoanalysis*, vol. 8. D’altra parte, anche Anna Freud, nel volume del 1946, riprende i suoi studi del 1927 e 1928. [NdC]

La definizione che Freud (1915-1917) dà di nevrosi di traslazione si riferisce esplicitamente o implicitamente soltanto alla persona nevrotica, per cui resta l'impressione che solo nei nevrotici si instauri una nevrosi di traslazione.<sup>7</sup> Sachs (1947), invece, trova "trascurabile la differenza fra le analisi dei candidati di training e dei pazienti nevrotici".

## SOMMARIO STORICO DELLA LETTERATURA

Si può dire che molte delle contraddizioni nella letteratura sono in gran parte semantiche e che, elencandole a caso, si dà un falso rilievo alle discrepanze. Per offrire un quadro più veritiero, è preferibile prendere come principi direttivi i periodi storici, in quanto le fasi di sviluppo della psicoanalisi si sono naturalmente riflesse nelle concezioni correnti della traslazione.

Nel primissimo accenno embrionale a quello che si svilupperà poi come concetto di traslazione, Freud dice che il paziente stabilisce un *falso nesso* con la persona dell'analista, quando diventa cosciente un affetto collegato a ricordi che sono ancora inconsci (Breuer, Freud, 1892-1895). Freud pensa che questo nesso sia dovuto alla "forza associativa prevalente nella mente cosciente". È interessante rilevare che con questa prima osservazione Freud aveva già notato che l'affetto precede la concreta emergenza di fatti dalla rimozione. Egli aggiunge che non c'è niente di preoccupante in questo: "Le pazienti [...] imparano gradualmente a capire che in queste traslazioni sulla persona del medico si tratta di una coazione e di una illusione, che si dissolvono con la fine dell'analisi" (p. 439).

Nel 1904<sup>8</sup> Freud sottolinea la natura sessuale di questi impulsi che si provano nei confronti del medico: "Che cosa sono le traslazioni? Sono riedizioni, copie degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il processo di analisi". Le fantasie sono ora aggiunte agli affetti. "Se ci si inoltra nella teoria della tecnica analitica, si giunge alla conclusione che la traslazione è un requisito necessario" (Freud, 1901, pp. 396-397). In questo momento storico Freud stabilì l'importanza fondamentale della traslazione nella psicoanalisi con il suo specifico significato tecnico. L'importanza di questa citazione è confermata da una nota aggiunta nel 1923. È da rilevare il fatto che Freud in questo passo dica che gli impulsi trasferiti sono non solo amichevoli o affettuosi, ma possono essere anche ostili.

Verso il 1906, la traslazione era vista come uno spostamento di affetto. L'analisi era largamente interessata a scavare traumi dimenticati e a scoprire dei complessi. Gran parte della teoria era ancora influenzata dal metodo catartico. Freud (1920) scrive che la psicoanalisi era allora "soprattutto un'arte di interpretazione" e, più oltre, afferma che lo scopo ulteriore era di "obbligare il malato a confermare la costruzione dell'analista attraverso i suoi stessi ricordi. In questo tentativo, l'accento principale cadde sulle resistenze del malato; ora l'abilità del

<sup>7</sup> Come questa sia una lettura quanto meno frettolosa del pensiero freudiano, si è già mostrato nella nota 4. [NdC]

<sup>8</sup> Non è chiaro a cosa si riferisca la Macalpine con questa data, giacché il *Caso clinico di Dora*, da cui la citazione è tratta, fu scritto da Freud nel 1901 e pubblicato per la prima volta nel 1905. [NdC]

medico consisteva nel mettere allo scoperto, il più presto possibile, queste resistenze, nell'indicarle al malato e [...] nell'indurlo ad abbandonarle [...]. Ma poi divenne sempre più evidente che la meta che ci era prefissi – rendere cosciente quello che era inconscio – non poteva essere interamente raggiunta neanche con questo metodo. Il malato non può ricordare tutto ciò che in lui è rimosso [...] e quindi non riesce a convincersi dell'esattezza della costruzione che gli è stata comunicata. Egli è piuttosto indotto a *ripetere* il contenuto rimosso nella forma di un'esperienza attuale, anziché, come vorrebbe il medico, a *ricordarlo* come parte del proprio passato” (p. 204). Viene ora introdotta l'importanza della resistenza sotto forma di acting out (coazione a ripetere).

*Al di là del principio di piacere* (1920) fu seguito da *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921) e *L'Io e l'Es* (1922). I nuovi concetti introdotti erano il Super-io, la funzione più specifica dell'Io e la concezione dell'Es come contenente non soltanto materiale rimosso (precedentemente *Inc*) ma anche come serbatoio degli istinti. Il concetto di resistenza fu esteso alla resistenza dell'Io, del Super-io e dell'Es. Questo dava luogo a una confusione, perché l'espressione può essere intesa nel senso di resistenza di un'istanza psichica all'analisi o di resistenza di un'istanza psichica, ad esempio l'Io, nei confronti di un'altra istanza psichica, ad esempio l'Es; comunque, il termine resistenza è stato usato principalmente col significato di resistenza al progresso dell'analisi in generale. Si è dimostrato che l'Es non offre alcuna resistenza, ma porta all'acting out che, a sua volta, è però una resistenza a ricordare. A volte l'inconscio può essere recuperato solo nell'azione e, fintanto che esso è quindi “materiale” nel senso stretto della parola, è ancora resistenza al ricordo espresso verbalmente. I meccanismi considerati operanti nella traslazione erano: spostamento, proiezione e introiezione, identificazione, coazione a ripetere. Si sottolineava anche l'importanza dell'elaborazione. Nel 1924 si svolse un dibattito sui valori relativi all'insight intellettuale contrapposto alla ripetizione di esperienze affettive come essenza dell'esperienza analitica, problema di importanza vitale nel dare al paziente l'interpretazione della traslazione.

Nel periodo successivo, queste nuove conoscenze furono integrate gradualmente, ma con maggiore enfasi su alcuni dei nuovi aspetti, man mano che si presentavano per la prima volta. In mancanza di uno studio critico globale sull'argomento, gli autori ritennero necessario spiegare che cosa personalmente intendevano con il termine traslazione.

Da questa integrazione sorsero nuovi fattori di confusione. Considerata in maniera arbitraria, diciamo dal 1946, la concezione della traslazione è stata influenzata: 1) dall'analisi dei bambini; 2) dai tentativi di trattamento degli psicotici; 3) dalla medicina psicosomatica; 4) dalla sproporzione fra il numero di analisti e il crescente numero di pazienti che si sottoponevano all'analisi, con i conseguenti tentativi di abbreviare il processo analitico.

L'interpretazione diretta del contenuto inconscio è ancora una volta messa in evidenza da alcuni analisti di bambini in modo tale che i loro metodi ricordano gli inizi della psicoanalisi. Ma, a un esame più attento, sembra esserci una differenza di tipo teorico: al materiale inconscio che si presenta nel gioco viene dato all'inizio un significato diretto di traslazione. Il terapeuta interpreta “andando in avanti”, per così dire. L'interpretazione non è un ritorno all'indietro, passando

dal materiale attuale al contenuto dell'*Inc*, ma da un materiale presuntivamente presentato come inconscio arriva a una presunta immediata rilevanza di traslazione. Questo, si noti, è un processo mentale del terapeuta e non del paziente; quindi, nel senso scientifico stretto, è una questione di controtraslazione piuttosto che di traslazione. Qualcosa di simile si verifica nella tecnica classica quando si danno interpretazioni traslative forzate, con l'importante differenza che queste vengono usate nel metodo classico solo raramente e mai finché la nevrosi di traslazione non si è bene stabilita e l'analisi non è diventata una coazione. E' proprio in base a questo elemento teorico, a mio avviso, che la polemica fra gli analisti infantili si incentra sulla possibilità o l'esistenza di una nevrosi di traslazione nei bambini.<sup>9</sup>

Nel trattamento degli psicotici, il concetto di traslazione sviluppa un nuovo orientamento. In alcune di queste tecniche il terapeuta interpreta a sé stesso il significato della fantasia psicotica e si unisce al paziente nell'*acting out*. In senso stretto, questa è la controtraslazione attiva.

Nella medicina psicosomatica, in particolare nella terapia breve, la traslazione o è ignorata o attivamente manipolata in un modo tale che, da un punto di vista terapeutico, viene a corrispondere a un abbandono delle manifestazioni "spontanee" di Freud.

Tutto sommato, i cambiamenti nel concetto di traslazione non sono costruttivamente progressivi. E' necessario soffermare l'attenzione critica sul fatto che non solo non c'è unanimità di opinioni sul concetto di traslazione, ma nemmeno può esserci finché la traslazione è studiata globalmente come un processo dinamico. La carenza di precisione è in una certa misura dovuta a una mancata considerazione del suo sviluppo storico. Né ci può essere unanimità di opinioni finché non si tiene conto della relazione delle manifestazioni di traslazione con le tre fasi dell'analisi. Va a danno della precisione scientifica il fatto che i gruppi divergenti non danno una chiara definizione delle differenze fondamentali ma piuttosto le mascherano. C'è una tendenza a rivendicare l'ortodossia e a mascherare le deviazioni dietro una citazione di Freud estrapolata in modo tendenzioso e arbitrario.

#### LETTERATURA SULLA PRODUZIONE DELLA TRASLAZIONE

Di fronte a tante opinioni divergenti sulla natura e sulle manifestazioni della traslazione, ci si potrebbe benissimo aspettare una molteplicità di ipotesi e di opinioni circa il modo in cui queste manifestazioni si verificano. Ma non è così. Si è invece vicinissimi, su questo punto, alla piena unanimità e accordo in tutta la letteratura analitica. Si ritiene che le manifestazioni della traslazione insorgano nel paziente spontaneamente. "Queste caratteristiche della traslazione" dice Freud "non vanno dunque messe in conto alla psicoanalisi, ma attribuite alla nevrosi stessa" (1912, p. 525). E altrove afferma: "In ogni trattamento analitico si stabilisce, senza alcun intervento del medico, un'intensa relazione emotiva del

<sup>9</sup> La Macalpine si riferisce di nuovo alla celebre controversia tra Anna Freud e Melanie Klein. [NdC]

paziente nei confronti dell'analista [...]. Tuttavia, non si deve neppure credere che l'analisi *crei* la traslazione [...]. L'analisi non fa altro che rendere palese e isolare la traslazione" (1924, p. 109). Ferenczi (1922), nel trattare la traslazione positiva e negativa, dice che "bisogna sottolineare in particolare che questo processo è un'attività propria del paziente e non è quasi mai provocato dall'analista" (p. 187); e altrove ribadisce che la traslazione analitica appare spontaneamente e l'analista deve solo stare attento a non disturbare quel processo. Rado (1925) afferma: "L'analista non si proponeva deliberatamente di provocare questa nuova formazione artificiale [la nevrosi di traslazione]; egli si limitava a osservare che un tale processo aveva luogo e subito se ne serviva ai propri fini" (p. 36). E Freud (1914b) sostiene ancora: "Il fatto che nel corso di ogni trattamento di nevrosi si instauri una traslazione [...], che né il medico né il paziente desiderano o sollecitano, mi è sempre apparso come la prova più inconfutabile che le forze motrici della nevrosi derivano dalla vita sessuale" (p. 386).

C'è però una citazione di Freud (1914a) dalla quale si deve dedurre che egli aveva in mente qualche altro fattore, oltre alla spontaneità, nella genesi della traslazione, cioè qualche influenza esterna: "[L'analista] deve riconoscere che l'innamoramento della paziente è una conseguenza dovuta alla situazione analitica" (pp. 363-364); "Egli [l'analista] ha suscitato questo innamoramento iniziando il trattamento analitico per la guarigione della nevrosi; si tratta per lui dell'inevitabile esito di una situazione medica" (pp. 371-372). Freud però non esaminò più ampiamente né precisò quale importanza egli attribuiva a questa casuale osservazione.

Anna Freud (1946) sostiene che l'analista dei bambini deve corteggiare il piccolo paziente per ottenere il suo amore e affetto prima di poter procedere con l'analisi e, per inciso, afferma che qualcosa di simile si verifica nell'analisi degli adulti.

Un'altra citazione che va nel senso di ritenere che i fenomeni di traslazione non sono completamente spontanei si ritrova Glover (1931), che riassume gli effetti di un'interpretazione errata. Egli dice che le formazioni artificiali fobiche e isteriche derivanti da un'interpretazione incompleta o inesatta non sono un'idea completamente nuova. Le manifestazioni ipnotiche erano state considerate per molto tempo come "un'isteria indotta" e Abraham riteneva che gli stati di auto-suggestione fossero dei sistemi ossessivi indotti. Glover continua: "[...] e naturalmente l'induzione o lo sviluppo di una nevrosi di traslazione durante l'analisi veniva considerata parte integrante del processo" (p. 418). Si è autorizzati dal contesto ad assumere che Glover segua l'opinione che vi siano alcuni fattori esterni che inducono la nevrosi di traslazione. Ma non è certo una coincidenza che questo non sia più che un semplice accenno.

L'impressione che si ricava dalla letteratura nel suo complesso è che la spontaneità della traslazione è considerata stabilita e generalmente accettata; in effetti, quest'opinione sembra gelosamente custodita per i motivi indicati.

## ESPOSIZIONE DEL PROBLEMA

La psicoanalisi si è sviluppata dall'ipnosi. Uno studio dei metodi psicoterapeutici più antichi può quindi fornirci degli elementi applicabili alla comprensione della psicoanalisi: "Non è facile sopravvalutare l'importanza dell'ipnotismo per la storia della psicoanalisi. Sia dal punto di vista teorico sia da quello terapeutico la psicoanalisi amministra un'eredità che le è stata lasciata dall'ipnotismo" (Freud, 1923). E' nel confronto fra la traslazione ipnotica e analitica che si può trovare, a mio avviso, la chiave del fenomeno e della produzione della traslazione. Solo dopo che l'ipnosi era stata praticata empiricamente per lungo tempo, il suo meccanismo fu spiegato da Bernheim, Freud e Ferenczi. Freud dimostrò che l'ipnotizzatore assumeva improvvisamente un ruolo di autorità che trasformava immediatamente la relazione per il paziente (attraverso traumi) in una relazione genitore-figlio. Rado (1925), indagando sull'ipnosi, giunge alla conclusione che "l'ipnotizzatore è promosso da oggetto dell'Io alla posizione di un Super-io parassita" (p. 40). Freud (1921) afferma che "è indubbio che l'ipnotizzatore è intervenuto prendendo il posto dell'ideale dell'Io" e che "la relazione ipnotica è una dedizione amorosa illimitata che esclude il soddisfacimento sessuale" (p. 302). In altri punti, Freud ha sottolineato ripetutamente e con grande enfasi che nell'ipnosi operavano fattori di "natura grossolanamente sessuale" e che le quantità di libido mobilitate erano accentrate sull'ipnotizzatore.

La psicoanalisi, come l'ipnosi, ha avuto inizio empiricamente. Si può pensare che la traslazione analitica sia un derivato dell'ipnosi, motivata da pulsioni istintuali (libidiche) e, *mutatis mutandis*, provocata in modo paragonabile alla trance ipnotica.

Quando si confrontano ipnosi e traslazione, appare evidente che la relazione ipnotica contiene gli elementi della traslazione condensati o sovrapposti. Se quella che spinge il paziente ad andare dall'ipnotizzatore è chiamata traslazione affettuosa, si può dire che l'ipnosi comprende la traslazione positiva e la nevrosi di traslazione<sup>10</sup> e, quando la relazione ipnotica si rompe, anche le manifestazioni della traslazione negativa. L'analogia termina naturalmente quando nell'ipnosi non si ha una risoluzione della traslazione, come accade invece nell'analisi, ma si lascia che essa persista. Guardando da un'altra angolatura, le manifestazioni della traslazione analitica sono un film al rallentatore delle manifestazioni della traslazione ipnotica: esse impiegano un po' di tempo per svilupparsi, si svolgono lentamente e gradualmente, e non tutte in una volta come nell'ipnosi. Se l'ipnotizzatore diventa il "Super-io parassita" del paziente, analogamente la modificazione del Super-io dell'analizzando è stata considerata per qualche tempo una caratteristica standard della psicoanalisi.

Strachey (1934) vede nell'analista un "Super-io ausiliario". Trattando di questo ed esaminando la proiezione e l'introiezione delle formazioni del Super-io arcaico rispetto all'analista, egli afferma: "[l'analista] spera, in breve, di essere introiettato dal paziente come un Super-io, introiettato però non come se fosse

<sup>10</sup> Rado (1925) dice: «Suggerire che questa traslazione della libido dai sintomi all'esperienza ipnotica rappresenti la formazione di una nevrosi di traslazione ipnotica non significherebbe, credo, allontanarsi dai consueti modi analitici di espressione» (pp.36-37).

ingoiato in un colpo solo e come un oggetto arcaico, buono o cattivo, ma a poco a poco, e come una persona reale” (1937, p. 144). Un'altra possibile analogia fra i modi d'azione dell'ipnosi e della traslazione analitica si riscontra nello stato di dissociazione isterica nell'ipnosi; nella psicoanalisi si verifica anche una scissione dell'Io in una parte che esperisce e una parte che osserva (che segue la proiezione del Super-io dell'analista). Sterba (1934, 1940), sottolineando l'utilità dell'interpretazione delle resistenze di traslazione, mostra che in questa ha luogo attraverso una specie di dissociazione dell'Io proprio nel momento in cui le resistenze vengono interpretate. Sia nell'ipnosi che nella psicoanalisi la libido è mobilitata e concentrata nelle situazioni ipnotiche e analitiche; ma, ancora una volta, nell'ipnosi la libido è condensata in una breve esperienza, mentre nella psicoanalisi si mira a un flusso costante della libido nella situazione analitica. La *terapia attiva* di Ferenczi tendeva a incrementare o a mantenere questo flusso libidico. Freud si è imbattuto in un primo momento della traslazione positiva (amore), e solo più tardi ha scoperto la traslazione negativa. Questa sequenza è la regola dell'analisi, e in questo c'è un'altra analogia con l'ipnosi. Infine, si riconosce generalmente che lo stesso tipo di paziente reagisce in modo analogo all'ipnosi e alla psicoanalisi: in effetti, la sensibilità all'ipnosi riscontrata negli isterici diede a Freud la spinta a elaborare la tecnica psicoanalitica e gli isterici sono ancora oggi il paradigma della tecnica psicoanalitica classica.

E' relativamente facile oggi avere una visione panoramica di come si sviluppa la traslazione analitica dalla reazione ipnotica e fare un confronto fra le due. Freud, che aveva dovuto trovare gradualmente la sua strada per arrivare alla creazione di una nuova tecnica, fu preso completamente di sorpresa quando, nell'applicare questa nuova tecnica, si trovò per la prima volta di fronte alla traslazione. Egli sottolineò ripetutamente ed energicamente che queste dimostrazioni di amore e di odio emanano dal paziente che non riceve aiuto, che esse sono parte integrante del “nevrotico” e che debbono essere considerate una “nuova edizione” della nevrosi del paziente; e sostenne che queste manifestazioni appaiono senza uno sforzo da parte dell'analista, anzi suo malgrado (poiché rappresentano delle resistenze), e che nulla impedirà il loro verificarsi. L'opinione di Freud è tuttora indiscussa nella letteratura psicoanalitica; così nacque l'idea che l'analista non faceva nulla per evocare queste reazioni, in netta contrapposizione con le attività dirette dell'ipnotizzatore: l'analista si offriva tacitamente come un Super-io in contrasto con le numerose macchinazioni dell'ipnotizzatore.

La traslazione era ritenuta, agli albori della psicoanalisi, una caratteristica e un segno patognomonico dell'isteria. Questo era un retaggio dell'ipnosi. Successivamente, queste stesse manifestazioni furono riscontrate in altre condizioni nevrotiche, nella psiconevrosi, o nelle nevrosi di traslazione. Quando, con l'andar del tempo, la psicoanalisi fu applicata a una cerchia di casi sempre più vasta, si scoprì che gli studenti in training psicoanalitico, che non rientravano apertamente in nessuna di queste categorie, formavano delle traslazioni proprio nello stesso modo. Questo era spiegato dal fatto che tra *normale* e *nevrotico* c'è un passaggio graduale, che in realtà noi siamo tutti potenzialmente nevrotici.

In tal modo, storicamente, l'onere della responsabilità per il manifestarsi della traslazione fu spostato impercettibilmente dall'isterico allo psiconevrotico e

poi alla personalità normale. Quando si raggiunse questo stadio, la traslazione fu considerata uno dei tanti modi in cui funzionava il meccanismo mentale universale dello spostamento. Si dimostrò che la capacità di *trasferire* o di *spostare* operava in ognuno in grado maggiore o minore; il suo uso cominciò a essere visto come un meccanismo normale, e in realtà indispensabile. Lo spostamento d'accento da una caratteristica isterica a un meccanismo universale, come fonte della traslazione, non ha però ricevuto la dovuta attenzione. Non ci sono stati molti commenti né un tentativo di riesaminare i principi fondamentali che sono alla base del processo e della comprensione psicoanalitica.

Ancora oggi si ritiene che la traslazione sorga spontaneamente dall'intimo dell'analizzando, proprio come si riteneva quando l'esperienza psicoanalitica riguardava solo gli isterici. Si insegna generalmente che il compito dell'analista è, tutt'al più, di lasciare che ci sia il tempo sufficiente perché si sviluppi la traslazione e di non disturbare questo processo "naturale" con un'interpretazione precoce (Freud, 1913). Questo ruolo dell'analista è bene illustrato dal fatto che egli viene assimilato a un *catalizzatore* (Ferenczi) o a uno *specchio* (Fenichel).

## DISCUSSIONE

Se la traslazione è un esempio di meccanismo mentale universale (spostamento) o se, nel senso inteso da Abraham, è equiparata a una capacità di adattamento che ciascuno possiede e che ciascuno utilizza a volte in varia misura, perché essa si riproduce invariabilmente in ogni analisi con tanta intensità? La risposta a questa domanda sembra essere che la traslazione è indotta dall'esterno in modo simile a quello in cui si instaura l'ipnosi. L'analizzando ha in sé, in varia misura, una capacità intrinseca, una disposizione a formare delle traslazioni, e questa disposizione viene a trovarsi di fronte a un *quid* che la trasforma in qualcosa di reale. Nell'ipnosi la capacità intrinseca del paziente di essere ipnotizzato è indotta dal comando dell'ipnotizzatore, e il paziente vi si sottomette immediatamente. Nella psicoanalisi, questa capacità non viene raggiunta in una sola seduta, e non è una questione di obbedienza. La tecnica psicoanalitica crea un setting infantile, di cui la neutralità dell'analista non è altro che uno degli aspetti. A questo setting infantile l'analizzando – se è analizzabile – deve adattarsi, sia pure attraverso la regressione. Nel loro insieme, questi fattori, che vanno a costituire il setting infantile, corrispondono a una riduzione del mondo oggettuale dell'analizzando e a un diniego delle relazioni oggettuali nella stanza d'analisi. A questa privazione della relazione oggettuale il paziente risponde riducendo le funzioni coscienti dell'Io e asservendosi al principio di piacere; e, seguendo le proprie libere associazioni, egli viene spinto verso reazioni e atteggiamenti infantili.

Prima di trattare in dettaglio i fattori che costituiscono questo setting analitico infantile al quale l'analizzando è esposto, è necessario prendere in considerazione il fatto che nella letteratura psicoanalitica ci si riferisce comunemente alla situazione analitica come a una situazione alla quale l'analizzando reagisce come se fosse una situazione infantile. Ma resta generalmente inteso che il paziente è il solo responsabile di un tale atteggiamento. Nel cercare di spiegare per quale mo-



tivo il paziente dovrebbe guardare sempre la situazione analitica come una situazione infantile, si afferma di solito che la sicurezza, l'assenza di critiche contrarie, l'incoraggiamento proveniente dalla neutralità dell'analista, l'alleviamento di paure e angosce, creano un'atmosfera che porta alla regressione. E' però ormai universalmente riconosciuto, nella letteratura, che non è certamente la regola il fatto che il lettino dell'analisi allevii le angosce, e che la situazione non è sempre sentita come un luogo rassicurante: la proiezione di un Super-io più o meno severo sull'analista non porta ad alleviare le paure. Molti pazienti reagiscono dapprima con accresciuta angoscia; e l'analisi è spesso sentita dall'analizzando come gravida di pericoli, provenienti sia dall'interno che dall'esterno. Numerosi pazienti hanno all'inizio angosce di mutilazione e castrazione, e a volte l'analisi è equiparata nella mente dell'analizzando a un'aggressione sessuale. Il compito dell'analista è di superare queste resistenze, ma la situazione analitica di per sé non porta a questo risultato. In realtà, la sicurezza dell'analisi come spiegazione della regressione è un paradosso: come nella vita, la sicurezza favorisce la stabilità, mentre stress, frustrazione e insicurezza danno il via alla regressioni. Questo orientamento di pensiero non è in contrasto con l'attuale insegnamento psicoanalitico comunemente accettato; è piuttosto un'esposizione dei principi di Freud, ormai consolidati, sulla concezione della nevrosi. L'affermazione, in sé stessa contraddittoria, secondo cui la sicurezza dell'analisi induce l'analizzando a regredire, passa acriticamente da una pubblicazione psicoanalitica all'altra.

I fattori che costituiscono questo setting infantile sono molteplici e sono stati descritti singolarmente da vari autori in vari momenti. Non si pretende certo di aggiungere qualcosa di nuovo su tali fattori, tranne il fatto che non si è mai sostenuto che nel loro insieme avessero un'influenza decisiva sul paziente. Diamo qui un profilo generale di questi fattori, precisando che la loro descrizione mira solo a stabilire le caratteristiche della tecnica psicoanalitica standard.

1. *La riduzione del mondo oggettuale.* Gli stimoli esterni sono ridotti al minimo (all'inizio Freud chiedeva addirittura ai suoi pazienti di tenere gli occhi chiusi). Il rilassamento sul lettino deve essere anche considerato come un modo per ridurre gli stimoli esterni, e come eliminazione di qualsiasi gratificazione derivante dal guardare o dall'essere guardati. La posizione sul lettino si avvicina alla posizione infantile.
2. *Il mantenimento di un ambiente costante,* che stimola la fantasia.
3. *La routine fissa* del cerimoniale analitico; la disciplina alla quale l'analizzando deve conformarsi e che ricorda una rigida routine infantile.
4. Già il solo fattore di *non ricevere una risposta* dall'analista sarà probabilmente sentito dal paziente come una ripetizione di situazioni infantili. L'analizzando – non iniziato alla tecnica – non soltanto attenderà una risposta alle sue domande ma si aspetterà dialogo, aiuto, incoraggiamento e critica.
5. *L'atemporalità dell'inconscio.*<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Nunberg (1948a) scrive: «Il senso del tempo del paziente sembra messo fuori gioco, il passato diventa presente e il presente diventa passato» (p. 170).

6. *Le interpretazioni* a un livello infantile stimolano il comportamento infantile.
7. *La funzione dell'Io* è ridotta a uno stato intermedio fra il sonno e la veglia.
8. *La ridotta responsabilità personale* nelle sedute analitiche.
9. Inizialmente l'analizzando si accosterà all'analista in gran parte allo stesso modo in cui il paziente affetto da una malattia organica consulta il proprio medico; questa relazione contiene in sé un forte *elemento di magia* (Nunberg, 1948b), un forte elemento infantile.
10. *La libera associazione*, che libera la fantasia inconscia dal controllo cosciente.
11. *L'autorità dell'analista* (genitore): questa proiezione è una perdita, o una grave restrizione, delle relazioni oggettuali con l'analista, e l'analizzando è quindi costretto a ripiegare sulla fantasia.
12. In questo setting, e con *la completa e amichevole attenzione di un altro essere*, l'analizzando sarà portato ad aspettarsi – cosa che, in base al principio di realtà, egli è autorizzato a fare – di essere dipendente dall'analista e da lui amato. La disillusione è ben presto seguita dalla regressione.
13. All'inizio l'analizzando ha un'illusione di completa libertà; il fatto di essere *incapace di selezionare o guidare i propri pensieri* a suo piacimento è un aspetto della frustrazione infantile.
14. *La frustrazione di ogni gratificazione* mobilita ripetutamente la libido e dà avvio a ulteriori regressioni a livelli più profondi. Il diniego continuo di ogni gratificazione e delle relazioni oggettuali mobilita la libido verso il recupero dei ricordi, ma la sua rilevanza è data anche dal fatto che la frustrazione come tale è una ripetizione di situazioni infantili e, con ogni probabilità, il fattore singolo più importante. Sarebbe esatto dire che noi cresciamo attraverso la frustrazione.
15. Sotto queste influenze, l'analizzando diventa sempre più *distaccato dal principio di realtà*, ricadendo sotto l'influenza del principio di piacere.

Questi aspetti illustrano sufficientemente come l'analizzando sia esposto a un setting infantile, nel quale è portato a credere di avere una completa libertà, di essere amato, e che sarà aiutato nel modo che si aspetta. L'immutabilità di un ambiente costante, passivo, lo costringe ad adattarsi, cioè a regredire a livelli infantili. Il valore di realtà della seduta analitica risiede proprio nella sua irrealtà invariabile, e nella sua rigida passività risiede l'attività, influenza che esercita l'atmosfera analitica. Con questo ambiente impreveduto il paziente – se ha una certa adattabilità – deve venire a patti, e può farlo solo attraverso la regressione. La frustrazione di ogni gratificazione pervade il lavoro analitico. Freud (1918) dice: “Per quanto concerne il rapporto del malato col medico, i desideri del primo devono restare in larga misura insoddisfatti. E' opportuno rifiutare al malato proprio quei soddisfacimenti che egli desidera più intensamente e chiede con maggiore insistenza” (p. 24). Questa è una descrizione del diniego della relazione oggettuale nella stanza dell'analista. Questa tesi sottolinea la rilevanza non solo della perdita della relazione oggettuale ma, quale fattore almeno di pari importanza, anche della perdita del mondo oggettuale nella stanza dell'analista, i cui diversi fattori sono stati indicati in precedenza.

E' evidente che tutti questi fattori operanti insieme determinano una ben precisa influenza ambientale ed emozionale sull'analizzando. Egli è soggetto a un ambiente rigido, non da un'attività diretta dall'analista, ma dalla tecnica analitica. Questa concezione è ben lontana dall'insegnamento corrente di completa passività da parte dell'analista. Si può legittimamente fare un altro passo in avanti e richiamare alla mente quello che Freud (1915-1917) scrisse sull'eziologia delle nevrosi: "[...] gli uomini si ammalano di nevrosi quando viene loro tolta la possibilità di soddisfare la propria libido – quindi per *frustrazione*, come mi espressi – e i loro sintomi sono appunto il sostituto del soddisfacimento non concesso" (p. 501).

La regressione nell'analizzando è avviata e mantenuta da questo meccanismo e se, nella vita reale, una persona si ammala di nevrosi perché "la realtà frustra ogni gratificazione", allo stesso modo l'analizzando risponde al setting infantile frustrante regredendo e sviluppando una nevrosi di traslazione. Nell'ipnosi il paziente si trova improvvisamente di fronte una figura genitoriale alla quale si sottomette immediatamente. La psicoanalisi colloca e mantiene il paziente in un setting infantile, sia ambientale che emozionale, e il paziente vi si adatta gradualmente attraverso la regressione.

Si potrebbe dire la stessa cosa di ogni psicoterapia: tuttavia sembra peculiare della psicoanalisi il fatto che si crei sistematicamente un setting infantile di questo tipo e che esso eserciti la sua influenza sull'analizzando per tutta la durata del trattamento. A differenza di qualsiasi altro terapeuta, l'analista resta al di fuori della rappresentazione che il paziente sta recitando; egli guarda e osserva le reazioni e gli atteggiamenti del paziente in isolamento. L'aver creato uno strumento di indagine come questo può essere benissimo considerato come il "colpo" più importante del genio di Freud.

A questo punto non si può più sostenere che le reazioni del paziente in analisi si verifichino spontaneamente: il suo comportamento è una risposta al rigido setting infantile al quale viene esposto. Questo pone molti problemi per un'ulteriore indagine. Uno è: in che modo il setting interagisce con il paziente? Questi deve saperlo, coscientemente o inconsciamente. Sarebbe interessante seguire nel tempo il paziente per vedere se eventualmente la sua frequente sensazione di essere in pericolo, di perdere qualcosa, di essere costretto o di essere attaccato, è una sensazione provocata in risposta alla pressione emozionale e ambientale esercitata su di lui. Si potrebbe presupporre che questo crei una traslazione negativa e, poiché deve esistere anche la traslazione positiva (altrimenti il trattamento verrebbe interrotto), ne deve derivare un successivo stato di ambivalenza. In questo si potrebbe trovare una spiegazione del perché nell'analisi prevalgono gli atteggiamenti ambivalenti, che vengono generalmente considerati come manifestazioni spontanee della nevrosi dell'analizzando. Secondo questa tesi, il duplice atteggiamento dell'analizzando – i sentimenti positivi verso l'analista e l'analisi, e la risposta negativa alla pressione esercitata dalla continua frustrazione e perdita del mondo e della relazione oggettuali – potrebbe essere considerato come la normale conseguenza della tecnica analitica. Esso non costituirebbe ambivalenza in senso stretto, poiché il paziente reagisce simultaneamente a due diversi oggetti e non ha, come nella vera ambivalenza, due atteggiamenti nei confronti dello stesso oggetto. Il fatto che questa pseudoambivalenza si manife-

sti comunemente non può quindi essere più addotto come prova dell'esistenza o come parte di una nevrosi preanalitica.

Il paziente viene in analisi con la speranza e l'aspettativa di essere aiutato. Si aspetta quindi un qualche tipo di gratificazione, ma nessuna delle sue aspettative è soddisfatta. Dà fiducia e non riceve nulla in cambio; lavora sodo e aspetta invano una lode. Confessa i suoi peccati senza ricevere l'assoluzione o subire una punizione. Si attende che l'analisi diventi un'alleanza, ma viene lasciato solo. Proietta sull'analista il suo Super-io e in cambio si aspetta da lui guida e controllo delle proprie pulsioni istintuali, ma si accorge che anche questa speranza è illusoria e che è lui stesso che deve imparare a esercitare questi poteri. E' certo vero, se si valuta il processo nel suo insieme, che l'analizzando viene fuorviato e raggirato man mano che l'analisi procede. L'unica garanzia che egli ha contro la ribellione e l'interruzione del trattamento è l'assoluta certezza e la prova continua che questo modo di procedere, con tutta la pressione e la frustrazione che esso impone, è necessario per il suo bene, e che si tratta di un metodo obiettivo mirante esclusivamente ad aiutarlo e senza nessun altro scopo che non sia quello suo di paziente. In particolare, il distacco dell'analista deve garantire al paziente che non entrino nell'analisi dei fattori soggettivi. In quest'ottica, l'integrità morale dell'analista, così spesso sottolineata, diventa per il paziente una garanzia per il proseguimento dell'analisi: è quindi uno strumento tecnico e non un precetto morale.

Si potrebbe ancora aggiungere una parola sulla forza propulsiva dell'analisi alla luce di questa tesi. La libido necessaria per la continua attività di regressione e di memoria è vista da Freud come derivata dai sintomi abbandonati. Egli dice che il compito terapeutico ha due fasi: "nella prima, tutta quanta la libido, tolta ai sintomi, viene spinta nella traslazione e ivi concentrata, nella seconda viene condotta la lotta intorno a questo nuovo oggetto, finché la libido non viene liberata da esso" (Freud, 1915-1917, p. 603). Come molto spesso accade nelle affermazioni di Freud, questa descrizione si applica alle nevrosi cliniche, ma la psicoanalisi segue lo stesso andamento nei non nevrotici. Si può ritenere che in ogni analisi la principale forza propulsiva derivi da questa libido continuamente liberata attraverso il diniego del mondo oggettuale e la frustrazione degli impulsi libidici.

## CONCLUSIONI

Se si accetta la concezione secondo cui la traslazione analitica viene indotta attivamente in un analizzando "con disposizione alla traslazione" esponendolo a un setting infantile, al quale deve gradualmente adattarsi attraverso la regressione, se ne traggono determinate conclusioni.

### *Fasi dell'analisi*

L'analisi può essere divisa in fasi. La prima è il periodo iniziale in cui il paziente si adatta gradualmente a un setting infantile. Le reazioni e gli atteggiamenti regressivi, infantili, si manifestano con sempre maggiore forza durante

quella che potrebbe essere descritta come l'induzione della nevrosi di traslazione. Questa fase corrisponde a quella che Glover (1928) ha definito la fase delle "traslazioni fluttuanti".

Nella seconda fase, la regressione è già consolidata e l'analizzando rappresentata con tale intensità il bambino nei vari stadi di sviluppo che tutte le sue azioni – nell'analisi e fuori dall'analisi – sono impregnate di reazioni infantili riattivate, consciamente o inconsciamente. Durante questa fase, sotto la costante pressione della frustrazione analitica, il paziente si ritira progressivamente su precedenti, "più sicuri" modelli infantili di comportamento, e prima o poi raggiunge il livello del suo conflitto. Il raggiungimento di questo livello non è però il parametro dell'esistenza di una nevrosi di traslazione. Inoltre, l'analizzando effettua la traslazione non solo sull'analista, ma anche sulla situazione nel suo complesso; e trasferisce non soltanto affetti, anche se questi possono essere i più consistenti, ma tutto il suo sviluppo psichico. Questa concezione rende più facile comprendere con quanta alacrità i pazienti in analisi fissano le loro pulsioni di amore e di odio sull'analista, indipendentemente dal sesso di questi e dal suo essere appropriato come oggetto.

La nevrosi di traslazione può essere definita come la fase dell'analisi nella quale il paziente si è adattato a tal punto al setting analitico infantile – i cui aspetti principali sono il diniego delle relazioni oggettuali e la frustrazione libidica continua – che la sua tendenza regressiva è ben consolidata e i vari livelli di sviluppo sono raggiunti, rivissuti ed elaborati.

La terza fase, quella terminale, consiste nel ripercorrere gradualmente la strada del ritorno all'età adulta, verso l'indipendenza nuovamente acquisita, liberata da un Super-io arcaico e svezzata dal Super-io analitico. Per quanto grande sia la distanza percorsa dalla maturità all'infanzia all'inizio dell'analisi, la durata della prima e della seconda fase è analoga a quella del viaggio di ritorno verso la maturità e l'indipendenza. Solo una parte di questo viaggio di ritorno dai livelli infantili alla maturità rientra nei limiti di tempo dell'analisi nella sua terza fase: il resto e il completo adattamento all'età adulta sono il più delle volte perfezionati dal paziente dopo che l'analisi è terminata. In quest'ultima fase postanalitica si verificano spesso grandi miglioramenti. In questa concezione si può trovare la soluzione del problema, spesso discusso e non completamente spiegato, dei miglioramenti postanalitici.

E' superfluo mettere in evidenza che queste fasi sono teoriche, poiché nella realtà esse non sono mai nettamente separate, ma si sovrappongono sempre.

### *Resistenza*

Lo scopo iniziale dell'analisi è di indurre una regressione, e tutto quello che la ostacola è una resistenza. Se invece di un movimento di questo tipo si produce un punto morto (o sotto forma di acting out o di dirette gratificazioni di traslazione), oppure se il movimento invece di essere regressivo va nella direzione di un'apparente maturità (fuga nella guarigione), si può parlare di resistenza. Teoricamente l'acting out è una straordinaria forma di resistenza poiché l'analizzando confonde l'irrealtà della relazione analitica con la realtà e cerca di instaurare relazioni di realtà con l'analista. Con questo atteggiamento egli rende vano per il

momento il processo analitico, in quanto mette fuori causa la forza motrice dell'analisi: il diniego nella stanza d'analisi di tutte le relazioni oggettuali e della gratificazione della libido che ne deriva. Nei casi in cui si ottengono precocemente dei "successi di traslazione" e il paziente rinuncia rapidamente ai propri sintomi, c'è il pericolo che l'analisi si interrompa a questo punto. Il meccanismo di questi successi di traslazione è in un certo modo l'equivalente dell'acting out. Il paziente regredisce rapidamente al livello dell'infanzia e si crea una fantasia inconscia di una relazione reciproca figlio-genitore. Egli scambia completamente questa realtà e relazione oggettuale, così come funge da base nella relazione analitica, per una realtà infantile e inconsciamente obbedisce (fa dispetti o è compiacente) all'imgo del genitore. Quello che accade in questi casi è, in effetti, che l'analizzando ha creato nella sua fantasia una reciproca relazione di traslazione ipnotica con l'analista, o perché un'interpretazione analitica non è stata sufficientemente rapida per impedirlo oppure per una predisposizione troppo forte alla traslazione da parte dell'analizzando, che non ne ha consentito il graduale adattamento al setting infantile. In altre parole, il paziente, messo di fronte allo stimolo di una situazione infantile, provvede, tramite l'autosuggestione (o suggestione indiretta), a liberarsi di un sintomo.

La traslazione ha un valore di resistenza solo finché impedisce il recupero dei ricordi, arrestando così l'orientamento regressivo. In sé stessa è il solo veicolo possibile per portare alla coscienza il contenuto inconscio. La traslazione non dovrebbe quindi essere equiparata indiscriminatamente alla resistenza, come ha fatto Fenichel.

### *Controtraslazione*

Anche l'analista è soggetto al setting infantile di cui è parte. In realtà, il setting al quale egli è esposto contiene un altro importante fattore infantile: l'analizzando che regredisce. Anche l'Io dell'analista è scisso in una parte che osserva e una parte che vive l'esperienza. L'analista, tuttavia, è stato sottoposto a un'analisi accurata e sa che cosa lo aspetta e, inoltre, a differenza del paziente, è in una posizione autorevole. Mentre il compito dell'analizzando è di adattarsi attivamente al setting infantile attraverso la regressione, il compito dell'analista è di resistere a tale adattamento. E mentre l'analizzando deve vivere l'esperienza del passato e osservare il presente, l'analista deve vivere il presente e osservare il passato, resistendo a qualunque tendenza aggressiva si manifesti nel suo intimo. Se cade vittima della propria tecnica, vivendo il passato invece di osservarlo, l'analista è soggetto alla controtraslazione, fenomeno che può essere descritto meglio parafrasando le parole di Fenichel: l'analista fraintende il passato in termini di presente.

### *Accessibilità al trattamento psicoanalitico*

Se la tesi sostenuta in questo lavoro si dimostrasse esatta, vi si potrebbe trovare una chiave per la trattabilità con la psicoanalisi dei vari tipi di pazienti. Per rispondere alla tecnica analitica classica i pazienti devono mantenere intatte alcune relazioni oggettuali e avere un'adattabilità sufficiente a far fronte al

setting infantile attraverso un'ulteriore regressione. Sia per l'ipnosi che per la psicoanalisi c'è una scala che va dall'isterico allo schizofrenico. Abraham (1908) scrive: "Il negativismo della dementia praecox è il perfetto contrario della traslazione. I malati sono accessibili all'ipnosi solo in misura limitata, contrariamente agli isterici. Anche tentando la psicoanalisi, notiamo la mancanza di traslazione" (p. 232). L'elevato grado di suggestionabilità, cioè la capacità di instaurare traslazioni, è noto come un carattere dominante dell'isteria. L'isteria e l'intero gruppo di disturbi appartenenti alle nevrosi di traslazione sono contraddistinti da un adattamento alla realtà indebolito e immaturo; le reazioni di questi pazienti sono frammischiate con atteggiamenti e meccanismi infantili. Per questo motivo, sotto la pressione dell'ambiente analitico infantile, essi rispondono liberamente e in modo relativamente rapido alla perdita del mondo e della relazione oggettuale con un incremento del comportamento infantile. Il carattere nevrotico risponde invece meno facilmente e meno liberamente perché le sue relazioni oggettuali sono consolidate in modo relativamente stabile (ad esempio, sublimazioni ben funzionanti) e quindi più difficili da risolvere con l'analisi. Il diniego delle relazioni oggettuali e della gratificazione libidica nell'analisi è frequentemente eluso attraverso un rafforzamento delle sublimazioni, ma prima che l'analisi possa procedere questa "relazione oggettuale sublimata" deve essere capovolta.

Secondo questa tesi, gli psicotici sono refrattari alla tecnica classica, in quanto le loro relazioni oggettuali sono o carenti e labili, e non resta quindi nulla di cui la pressione analitica della tecnica classica potrebbe privare questi pazienti, oppure sono troppo fragili perché il loro diniego possa comportare qualche differenza. Freud (1915-1917) dice: "In base alle nostre impressioni cliniche, avevamo affermato che in questi malati gli investimenti oggettuali dovevano essere stati abbandonati e la libido oggettuale doveva essere stata trasformata in libido dell'Io" (p. 596). Poiché il nucleo della tecnica classica è il diniego delle relazioni oggettuali del paziente attraverso la sua esposizione a un ambiente infantile, i regressivi narcisistici devono di conseguenza rivelarsi inaccessibili all'approccio classico. Questo non li esclude naturalmente dai metodi analitici che si allontanano dalla forma classica. La principale modificazione dell'approccio dovrà essere per loro un adattamento della tecnica nelle prime fasi del trattamento analitico. Questo aspetto ha un'influenza anche sui problemi della traslazione, e in particolare sulle nevrosi di traslazione, che sono in discussione fra gli analisti infantili.

#### *Definizione della traslazione analitica*

Se una persona con un certo grado di suggestionabilità intrinseca viene sottoposta a uno stimolo suggestivo e reagisce a esso, si può dire che sia sotto l'influenza della suggestione. Per arrivare a una definizione della traslazione analitica, è necessario innanzitutto introdurre un termine analogo a quello di suggestionabilità nell'ipnosi e parlare di capacità intrinseca o disposizione a instaurare le traslazioni. Questa disposizione è proprio lo stesso fattore e può essere definita allo stesso modo della suggestionabilità, cioè come capacità di adattarsi attraverso la regressione. Mentre nell'ipnosi il fattore precipitante è lo stimolo suggesti-

vo, seguito dalla suggestione, nella psicoanalisi l'adattabilità della persona attraverso la regressione si trova di fronte allo stimolo esterno (o fattore precipitante) del setting analitico infantile. Nella psicoanalisi lo stimolo esterno non è seguito dalla suggestione da parte dell'analista, ma da una pressione continua verso un'ulteriore regressione attraverso l'esposizione al setting analitico infantile. Se la persona reagisce ad esso, instaurerà una relazione di traslazione, cioè regredirà e stabilirà delle relazioni con imago precedenti. La traslazione analitica può quindi essere definita come un adattamento graduale di una persona, attraverso la regressione, al setting analitico infantile.

### *Spontaneità della traslazione*

La traslazione non può essere considerata come una reazione nevrotica spontanea. Si può dire che essa sia la risultante di due forze: la disposizione alla traslazione insita nella persona da analizzare e lo stimolo esterno del setting analitico infantile. Bisogna quindi distinguere, nel meccanismo della traslazione analitica, fattori interni ed esterni: la risposta alla situazione analitica varierà in intensità a seconda dei diversi tipi di analizzando. La capacità di instaurare una nevrosi di traslazione si è rivelata insita – variando solo in quantità – in tutte le persone che potevano comunque essere analizzate, fossero o meno nevrotiche. Per spiegare questo, si estese il termine “nevrotico” fino a fargli perdere gran parte del suo significato, perché non si percepiva il fattore precipitante che era il setting infantile.

E' interessante notare, dal punto di vista storico, che nel pieno fulgore dell'ipnosi, l'ipnotizzabilità era considerato un tratto caratteristico dell'isteria; in effetti si riteneva che l'ipnosi fosse un'*isteria artificiale* (Charcot). L'identica situazione si è verificata nella psicoanalisi riguardo alla nevrosi di traslazione. Quando, con suo grande stupore, si trovò per la prima volta di fronte alla traslazione nella sua nuova tecnica, che applicava soltanto ai pazienti nevrotici, Freud attribuì “questo strano fenomeno della traslazione” alla nevrosi del paziente e vide in essa “una caratteristica tipica dei nevrotici”. Quando, per le manifestazioni acute della traslazione, egli coniò l'espressione “nevrosi di traslazione”, si affermò esplicitamente che queste manifestazioni erano una “nuova edizione” di un'antica nevrosi che si manifestava nel contesto del trattamento psicoanalitico. Una volta che il concetto di nevrosi di traslazione venne elevato a dogma nell'insegnamento psicoanalitico, le manifestazioni acute furono accettate, senza ulteriore discussione, come indissolubilmente legate al nevrotico.

Così, storicamente, il legame della traslazione con la nevrosi è un'esatta ripetizione del precedente legame dell'ipnosi con l'isteria. Freud, nel suo periodo preanalitico, accolse con entusiasmo la dimostrazione data da Bernheim che la maggior parte delle persone potevano essere ipnotizzate e che l'ipnosi non doveva più essere considerata inseparabile dall'isteria. Nell'introduzione al libro di Bernheim, Freud (1888) scrive: “Il merito di Bernheim [...] consiste proprio nell'aver tolto ai fenomeni dell'ipnotismo quel loro carattere di stranezza, collegandoli a ben noti fenomeni della vita psicologica normale e del sonno” (p. 69). Di fronte a questa affermazione, è davvero straordinario che la psicoanalisi non abbia mai separato ufficialmente la traslazione dalla nevrosi clinica.



## *Risoluzione della traslazione*

La risoluzione della traslazione è stata considerata una garanzia e nello stesso tempo una prova che la suggestione non svolge nessun ruolo nella psicoanalisi. La validità di questo argomento fu inizialmente messa in discussione muovendo dal fatto che il significato e la definizione di “suggestione” sono in sé vaghi e mutevoli, e usati con varie connotazioni. Questa prudenza acquista maggior peso quando ci si rende conto che la stessa risoluzione della traslazione psicoanalitica non è compresa in tutti i suoi aspetti. E' abbastanza vero che le manifestazioni traslative sono analizzate continuamente nella psicoanalisi e che si tenta di ridurle, ma la sua risoluzione finale, e anche il suo destino finale, non sono compresi con chiarezza. Alla fine la traslazione si risolve ogni volta durante un periodo non ben definito, dopo che l'analisi è ormai terminata. Soltanto per questo aspetto, essa sfugge all'osservazione scientifica stretta. Si potrebbe anche sostenere che la traslazione analitica, in alcuni dei suoi aspetti, deve in ultima istanza risolversi. Nell'ipnosi, naturalmente, non si fa mai alcun tentativo di risolvere la traslazione; ma non si dovrebbe pensare a essa come se fosse destinata a persistere. Più esattamente, si lascia che essa badi a sé stessa. Questo orientamento di pensiero viene qui seguito non certamente per distogliere l'attenzione dalla differenza essenziale che esiste fra la risoluzione della traslazione ipnotica e quella della traslazione analitica, ma per sottolineare che dal punto di vista della teoria la concezione non è abbastanza esatta ed è quindi probabile che essa crei confusione sui problemi fondamentali invece di chiarirli. Sembra importante rilevare a questo punto come, per il semplice influsso dell'abitudine e della ripetizione, i concetti ambigui tendano ad assumere il carattere e la dignità di chiari concetti scientifici.

C'è comunque, un'altra differenza fra la traslazione ipnotica e quella analitica, che è scevra di ogni ambiguità e che può certamente essere considerata ancor più di capitale importanza nel differenziare la psicoanalisi da tutte le altre psicoterapie. E' stata qui presentata l'ipotesi che sia l'ipnosi che la psicoanalisi sfruttano le situazioni infantili che entrambe creano. Ma nell'ipnosi la traslazione è realmente una relazione reciproca esistente fra l'ipnotizzatore e l'ipnotizzato. Certamente il soggetto ipnotico effettua la traslazione, ma la subisce anche. Si è tentati di dire che la controtraslazione è obbligatoria nell'ipnosi e ne è una parte essenziale (e sotto questo aspetto è una parte essenziale anche di tutte le psicoterapie nelle quali il paziente è aiutato, incoraggiato, consigliato e criticato). Questa interazione fra ipnotizzatore e ipnotizzato ha indotto Freud a descrivere l'ipnosi come “formazione di un gruppo a due”. Il paziente è sottoposto a una suggestione diretta contro il sintomo. Solo nella terapia psicoanalitica l'analizzando non è oggetto della traslazione. L'analista deve resistere a ogni tentazione di regredire: egli resta neutrale, distaccato, uno spettatore, e non è mai un co-attore. La persona da analizzare è indotta a regredire e a “trasferire” da sola, in risposta al setting analitico infantile. La relazione di traslazione analitica non dovrebbe, strettamente parlando, essere definita come una relazione fra analizzando e analista, ma più precisamente come relazione dell'analizzando con l'analista. L'analisi mantiene la persona da analizzare in isolamento. Per sua stessa natura l'analisi, a differenza dell'ipnosi, non è formazione di un gruppo a due. Con

ciò non si vuole negare che l'analisi sia un "lavoro di gruppo"; nei limiti in cui lo è, esiste una relazione "oggettiva" fra l'analista e la persona da analizzare. Ma, poiché l'analista rimane estraneo al movimento regressivo, poiché è suo dovere dimostrarsi resistente alla controtraslazione in virtù della sua stessa analisi, la suggestione non può intrinsecamente avere nessuna parte nel procedimento classico della tecnica psicoanalitica.

E' di interesse storico riesaminare lo sviluppo della psicoanalisi per scoprire che, benché la base teorica, così come la si è illustrata in questa sede, non sia mai stata sviluppata, la controtraslazione è stata inconsciamente sentita come il punto più vulnerabile e il problema più rilevante nella psicoanalisi. La letteratura sul modo di "maneggiare la traslazione" conferma facilmente quest'affermazione. Attraverso questa postulata immunità alla regressione nacque giustamente il concetto della passività dell'analista, ma erroneamente si lasciò che venisse dilatato in concetto di passività che regge tutta la tecnica psicoanalitica.

Volendo fare della traslazione e del suo sviluppo la differenza essenziale fra la psicoanalisi e tutte le altre psicoterapie, la tecnica psicoanalitica può essere definita come l'unico metodo psicoterapeutico in cui una regressione infantile, unilaterale – traslazione analitica – è indotta in un paziente (analizzando), analizzata, elaborata e infine risolta.

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, K. (1908) *Le differenze psicosessuali fra isteria e dementia praecox*, trad. it. in Opere, Boringhieri, Torino 1975, vol. 1.
- ABRAHAM, K. (1926) *Osservazioni psicoanalitiche sul metodo di autosuggestione di E. Coué*, trad. it. in Opere, Boringhieri, Torino 1975, vol. 2.
- ALEXANDER, F., FRENCH, T.M. (1946) *Psychoanalytic Therapy*, The Ronald Press, New York.
- BERNHEIM, H. (1886) *De la suggestion et des applications à la thérapeutique*, Octave Doin, Paris.
- BREUER, J., FREUD, S. (1892-1895) *Studi sull'isteria*, trad. it. in FREUD, S., Opere, Boringhieri, Torino, 1967, vol. 1.
- DALBIEZ, R. (1941) *Psychoanalytical method and the doctrine of Freud*, Longmans, Green & Co., New York, vol. 2.
- FENICHEL, O. (1941) *Problemi di tecnica psicoanalitica*, trad. it. Boringhieri, Torino 1974.
- FENICHEL, O. (1945), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, trad. it. Astrolabio, Roma, 1951.
- FERENCZI S. (1909) *Introiezione e transfert*, trad. it. in Opere, Cortina, Milano 1989, vol. 1.
- FERENCZI S. (1918) *Tecnica psicoanalitica*, trad. it. in Opere, Cortina, Milano 1990, vol. 2.
- FERENCZI S. (1922) Glaube, Unglaube und Überzeugung, in *Populäre Vorträge über Psychoanalyse*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig und Vienna.
- FREUD, A. (1936) *L'Io e i meccanismi di difesa*, trad. it. in Opere, Boringhieri, Torino 1978, vol. 1.
- FREUD, A. (1946) *Il trattamento psicoanalitico dei bambini*, trad. it. Boringhieri, Torino 1972.
- FREUD, S. (1888) *Prefazione alla traduzione "Della suggestione" di Hyppolite Bernheim*, vol. 1.<sup>12</sup>
- FREUD, S. (1901) *Frammento di un'analisi di isteria (Caso clinico di Dora)*, vol. 4.
- FREUD, S. (1912) *Dinamica della traslazione*, vol. 6.
- FREUD, S. (1913) *Inizio del trattamento*, vol. 7.

<sup>12</sup> Salvo diversa indicazione, per la traduzione italiana degli scritti di S. Freud si fa riferimento alle "Opere", edite da Boringhieri, Torino 1967-1980, in 12 volumi.

- FREUD, S. (1914a) *Osservazioni sull'amore di traslazione*, vol. 7.
- FREUD, S. (1914b) *Per una storia del movimento psicoanalitico*, vol. 7.
- FREUD, S. (1915-17) *Introduzione alla psicoanalisi*, vol. 8.
- FREUD, S. (1918) *Vie della terapia psicoanalitica*, vol. 9.
- FREUD, S. (1920) *Al di là del principio di piacere*, vol. 9.
- FREUD, S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, vol. 9.
- FREUD, S. (1922) *L'Io e l'Es*, vol. 9.
- FREUD, S. (1923) *Breve compendio di psicoanalisi*, vol. 9.
- FREUD, S. (1924) *Autobiografia*, vol. 10.
- GLOVER, E. (1928) *La tecnica della psicoanalisi*, trad. it. Astrolabio, Roma, 1971.
- GLOVER, E. (1931) L'effetto terapeutico di un'interpretazione inesatta: un contributo alla teoria della suggestione, trad. it. in *La tecnica della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971.
- GLOVER, E. (1937) Sulla teoria dei risultati terapeutici della psicoanalisi, trad. it. in *La tecnica della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971.
- GLOVER, E. (1939) *La psicoanalisi. Manuale di psicologia comparata*, trad. it. Fratelli Bocca, Milano, 1953.
- GLOVER, E. (1940) Procedimenti teorici comuni. Questionario di ricerca, trad. it. in *La tecnica della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971.
- JONES, E. (1948) Natura dell'autosuggestione, trad. it. in *Teoria del simbolismo. Scritti sulla sessualità femminile e altri saggi*, Astrolabio, Roma, 1972.
- KLEIN, M. (1927) *Contributo a un simposio sull'analisi infantile*, trad. it. in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- KUBIE, L.S. (1939) A critical analysis of the concept of repetition compulsion, *International Journal of Psychoanalysis*, 20.
- MCDUGALL, J. (1920) A note on suggestion, in *Journal of Neurology and Psychopathology*, 1.
- MUSATTI, C. (1978) Avvertenza editoriale all'*Autobiografia* di S. Freud, in FREUD, S., *Opere*, Boringhieri, Torino, 1978, vol. 10.
- NUNBERG, H. (1948a) The theory of the therapeutic results in psychoanalysis, in *Practice and Theory of Psychoanalysis*, Nervous and Mental Disease Monographs, New York.
- NUNBERG, H. (1948b) Psychological interrelations between physician and patient, in *Practice and Theory of Psychoanalysis*, Nervous and Mental Disease Monographs, New York.
- RADO, S. (1925) The economic principle in psychoanalytic technique, *International Journal of Psychoanalysis*, 6.
- SACHS, H. (1947) Observations of a training analyst, *Psychoanalytic Quarterly*, 16.
- SILVERBERG, W.V. (1948) The concept of transference, *Psychoanalytic Quarterly*, 17.
- STERBA, R. (1934) The fate of the Ego in analytic therapy, *International Journal of Psychoanalysis*, 15.
- STERBA, R. (1940) The dynamics of the dissolution of the transference resistance, *Psychoanalytic Quarterly*, 9.
- STRACHEY, J. (1934) La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi, trad. it. in *Rivista di Psicoanalisi*, 20, 1974.
- STRACHEY, J. (1937) On therapeutic results of psychoanalysis, *International Journal of Psychoanalysis*, 18.