

CONVEGNO DEL CENTRO STUDI OTTOBRE 2015

Capitolo Controtransfert: Vogliamo riflettere?

Relazione del dott. Paolo Coen Pirani

Affrontare lo sviluppo del concetto di controtransfert nella storia della psicoanalisi è un'impresa del tutto fuori dalla mia (e penso non solo dalla mia) portata.

Basti pensare che la sola bibliografia in lingua inglese conta all'incirca quattromila articoli nel cui titolo compare la parola controtransfert. Probabilmente prenderebbe meno tempo la lettura dei cinque milioni di emendamenti alla legge costituzionale di modifica del Senato.

Mi limiterò pertanto in questa prima parte della relazione a focalizzare un aspetto particolare dello sviluppo storico di questo concetto nella convinzione, spero giustificata, che sia possibile individuare una sorta di filo rosso che, partendo da alcune formulazioni freudiane, conduce sino ai nostri giorni.

Nel 1912, riassumendo il senso di una serie di consigli relativi al modo che egli giudicava corretto di porsi in ascolto del paziente, consigli che sarebbe d'uopo rileggere almeno una volta all'anno nel corso di tutta la propria vita professionale, Freud così si esprimeva:

E' facile indovinare verso quale meta convergano le varie regole che ho esposto. Tutte tendono a creare per il medico il corrispettivo della "regola psicoanalitica fondamentale" enunciata per l'analizzato. Come l'analizzato deve comunicare tutto ciò che riesce a cogliere mediante l'autosservazione a prescindere da ogni obiezione logica e affettiva che intendesse indurlo a operare una selezione, così il medico deve mettersi in condizione di utilizzare tutto ciò che gli viene comunicato ai fini dell'interpretazione e del riconoscimento del materiale inconscio celato, senza sostituire alla rinuncia di scelta da parte del malato una propria censura

Qui Freud individua nell'atteggiamento dell'attenzione uniformemente fluttuante uno strumento di fondamentale importanza per il terapeuta nel suo compito di individuare, al di là del contenuto manifesto delle associazioni del paziente, il contenuto latente dei suoi pensieri, sentimenti, desideri, bisogni. Sembra che Freud pensi che adottando questa particolare disposizione attentiva si creino al meglio le condizioni di una intima risonanza con il mondo interno del paziente, trasmesso attraverso la libera associazione.

Come avremo modo di vedere, il tema dell'attenzione fluttuante ricomparirà nel prosieguo della nostra storia. Ma tornando alla citazione di Freud vediamo che egli si premura di dirci che affinché il terapeuta possa utilmente servirsi di questo strumento è necessario che

egli non tolleri in se stesso resistenza alcuna che allontani dalla sua coscienza ciò che è stato riconosciuto....egli introdurrebbe altrimenti nell'analisi una nuova specie di scelta e di deformazione, che sarebbe di gran lunga più nociva di quella provocata dalla tensione della sua attenzione cosciente. Non basta a questo fine ch'egli stesso sia una persona pressappoco normale; piuttosto è lecito esigere ch'egli sia sottoposto a una purificazione psicoanalitica e abbia acquisito nozione di quei complessi personali che sarebbero atti a disturbarlo nella comprensione di quanto gli viene offerto dall'analizzato. Non si può ragionevolmente dubitare dell'effetto squalificante di simile deficienze personali; ogni rimozione non risolta nel medico corrisponde, secondo un'indovinata espressione di Wilhelm Stekel, a una "macchia cieca" nella sua percezione analitica.

E qui entra in gioco il controtransfert!

Quand'è che si ha secondo Freud il controtransfert? Quando il terapeuta, a causa di difficoltà emotive nei confronti di una specifica tematica presente nel materiale latente del paziente non è più in grado di utilizzare il suo strumento d'ascolto, o meglio non è più in grado di coscientizzare quanto il suo strumento ha pur colto e percepito.

Il terapeuta diventa selettivamente sordo, sordo prima di tutto a se stesso.

¹[In realtà troviamo la prima menzione del termine controtransfert in una lettera a Jung del 1909 in cui Freud, commentando l'infelice esito della vicenda amorosa di Jung con la sua paziente e allieva Sabina Spielrein, dice: "Esperienze del genere, anche se dolorose, sono necessarie e difficilmente ci si può sottrarre ad esse. Solo dopo averle vissute si conosce la vita e ciò con cui si ha a che fare...Ci si fa in tal modo la necessaria pelle dura, si domina il 'controtransfert' in cui ci si viene a trovare ogni volta. Esse ci insegnano a trasformare i nostri stessi affetti a nostro vantaggio. Sono una benedizione mascherata".

Freud qui sembra intendere per controtransfert il coinvolgimento libidico, più o meno sublimato, del terapeuta verso il paziente, il processo simmetrico al movimento transferale del paziente stesso.

Apparentemente Freud tornò ad usare il termine in questa accezione nel 1915 nell'articolo sull'amore di transfert.

In questo lavoro di Freud affronta il tema clinico posto dal caso in cui "una paziente lascia capire per indubbi segni o dichiara esplicitamente di essersi innamorata, come una qualsiasi altra donna mortale, del medico che l'analizza". E' un articolo molto interessante e complesso, ma mi limiterò qui a citare i brevi passaggi in cui Freud utilizza il termine controtransfert. Freud sottolinea il fatto che, ove in una

¹ Le parti tra parentesi [] non sono state lette al Convegno.

simile situazione clinica si decida di interrompere la terapia, l'innamoramento della paziente si ripeterà immancabilmente in occasione di un secondo ed eventualmente di un terzo tentativo terapeutico.

E così commenta:

Per il medico questo fenomeno ha il valore di un chiarimento prezioso e di un buon avvertimento a premunirsi da un 'controtransfert' che eventualmente stia per prodursi in lui. Egli deve riconoscere che l'innamoramento della paziente è una conseguenza dovuta alla situazione analitica, e non può dunque essere ascritta a prerogative della propria persona, sicché egli non ha alcun motivo per insuperbirsi di una tale conquista... Ed essere rammentati di ciò è sempre un bene...

Poco oltre conclude:

Penso perciò che non si debba abbandonare quella impassibilità a cui si è pervenuti trattenendo il controtransfert.

E' evidente che qui il termine è usato per indicare il fatto che l'analista corrisponda esplicitamente e fattualmente, seppure con modalità diverse, alla richiesta transferale della paziente. Apparentemente siamo tornati al significato attribuito da Freud al termine nella citata lettera a Jung.

A me sembra tuttavia che una lettura non superficiale di questo testo ci permetta di cogliere come ciò che Freud ribadisce continuamente è il fatto che le esigenze narcisistiche del terapeuta, non meno di quelle affettive e/o sessuali, come pure il suo bisogno di proteggersi dal dolore, sollecitati dal comportamento manifesto della paziente, possono interferire con l'ascolto dei livelli più profondi da cui sorge difensivamente la richiesta amorosa della paziente stessa.

Il contenuto latente di tale richiesta, come si evince dal testo freudiano, è la sofferenza, la delusione, la rabbia, il desiderio vendicativo con la conseguente ricerca di una identificazione con il frustratore, che Freud fa risalire al fallimento dell'amore edipico infantile della paziente. La richiesta d'amore della paziente è per Freud l'espressione di una resistenza ma lo è anche il fatto che l'analista in qualche modo la ricambi.

Sostanzialmente mi sembra quindi che si possa sostenere che Freud ha mantenuto una sua coerenza nel modo di intendere il termine di controtransfert come specifica resistenza nel terapeuta che interferisce nella prosecuzione del lavoro analitico con il proprio paziente]

In ciò che segue prenderò in esame il modo in cui tre autori della psicoanalisi che, per pressoché universale riconoscimento, sono ancor oggi considerati i più influenti teorici nell'ambito del concetto di controtransfert, hanno reagito a questa particolare concezione freudiana, modificandola, distorcendola ma anche arricchendola e sviluppandola.

Parliamo quindi anzitutto di Paola Heimann, psichiatra di Berlino e psicoanalista a Londra, il cui articolo sul controtransfert pubblicato nel 1950 venne considerato subito molto importante e suscitò una profonda eco nell'establishment psicoanalitico.

Cercheremo poi di spiegare perché.

L'articolo si basa su tre enunciati relativi al controtransfert, tutti e tre in sostanziale contraddizione con quanto affermato da Freud.

I tre enunciati sono questi:

- 1) Il termine controtransfert connota tutti i sentimenti che l'analista sperimenta verso il suo paziente.
- 2) Il controtransfert dell'analista è uno dei più importanti strumenti di ricerca nell'inconscio del paziente.
- 3) Il controtransfert è una creazione del paziente, è una parte della personalità del paziente.

Il primo enunciato contiene una affermazione talmente generica da rendere il termine quasi privo di significato o per lo meno di un significato specifico e utilizzabile.

Il secondo enunciato rovescia completamente la definizione di Freud. Freud sosteneva che il terapeuta ha a disposizione uno strumento che gli consente l'accesso al mondo interno del paziente e che con il termine controtransfert si vuole indicare la presenza in lui di una resistenza alla presa di coscienza dei dati relativi al paziente che questo strumento gli fornisce. Per Freud il controtransfert limita, inibisce, riduce l'efficacia dello strumento, per la Heimann il controtransfert è lo strumento; la resistenza del terapeuta non è più presa in considerazione.

Il terzo enunciato mi pare una estremizzazione della metafora freudiana dell'analista come specchio. Mi sembra che qui la Heimann riduca il terapeuta ad una tabula rasa, una lavagna ben cancellata su cui il paziente scrive a piacimento il suo copione. Compito dell'analista sarebbe poi unicamente quello di interpretare in modo da restituire al paziente ciò egli che ha "proiettato". Si noti che qui il termine "proiettare" è usato in senso letterale come quando si dice che un film è proiettato su di uno schermo.

Mi sembra in definitiva che dagli enunciati della Heimann emerga una visione a-dinamica, a-conflittuale del terapeuta mentre la nozione freudiana di controtransfert esplicita proprio il fatto che il terapeuta, in quanto essere umano, ha le sue naturali difficoltà a funzionare in terapia come una tabula rasa, una lavagna su cui il paziente scrive ciò che vuole.

Non voglio qui negare l'importanza dell'articolo della Heimann per lo sviluppo successivo cui è andato incontro il concetto di controtransfert. Penso tuttavia che l'accoglienza particolarmente favorevole che ha avuto al momento della pubblicazione non sia dipesa tanto dal rigore scientifico delle sue

argomentazioni quanto piuttosto dalla Zeitgeist prevalente nell'ambiente psicoanalitico dell'epoca, che la Heimann stessa ben descrive all'inizio del suo lavoro.

Dice:

Alcune osservazioni che ho raccolto partecipando ai seminari e nel lavoro di supervisione mi hanno spinto a scrivere questi brevi appunti sul controtransfert. Molti candidati si spaventano e si sentono in colpa quando si accorgono di provare dei sentimenti per i loro pazienti, e di conseguenza cercano di evitare qualsiasi risposta emozionale e di diventare completamente indifferenti e 'distaccati'.

Quando ho cercato di risalire all'origine di questo ideale di analista 'distaccato', ho scoperto che effettivamente la nostra letteratura contiene descrizioni del lavoro analitico che possono far pensare che un buon analista non provi alcun sentimento al di là di una uniforme e moderata benevolenza per i suoi pazienti, e che qualsiasi increspatura di onde emozionali su questa superficie liscia rappresenti un elemento di disturbo che va eliminato. Quest'idea potrebbe derivare da un'interpretazione distorta di alcune affermazioni fatte da Freud (1912e), come il paragone con l'atteggiamento mentale del chirurgo nel corso di un'operazione, oppure la sua analogia con lo specchio.

Cos'è quindi accaduto? Qualcosa, penso, di non molto dissimile da quanto si è verificato negli USA al momento della comparsa della Psicologia del Sé di Kohut.

Gli psicoanalisti americani si sentirono finalmente legittimati nell'ammettere che con i loro pazienti non parlavano solo ed esclusivamente del complesso di Edipo, ma anche di conflitti e di bisogni di diversa natura.

Parimenti dopo l'articolo della Heimann gli analisti trassero un respiro di sollievo e si sentirono liberi di parlare dei loro sentimenti verso i pazienti, sentimenti che avevano peraltro da sempre provato ma mai ammesso e furono probabilmente galvanizzati dal pensiero che gli stessi sentimenti potessero essere di grande utilità e giovamento alla loro causa.

Ed in effetti, se si riesce a sorvolare sullo stile un po' garibaldino e a ridimensionare la perentorietà delle affermazioni, va dato atto alla Heimann di aver riconosciuto come l'attenzione uniformemente fluttuante del terapeuta, invocata da Freud, non vada esercitata unicamente nei confronti dei contenuti trasmessi dal paziente ma possa anche utilmente estendersi alle reazioni emotive che le libere associazioni suscitano nel terapeuta, reazioni emotive che possono rispecchiare paralleli e importanti movimenti emotivi attivi nel paziente. Con la concezione di controtransfert della Heimann insomma la persona del terapeuta si affaccia più decisamente alla ribalta e questa volta non solo per i suoi possibili aspetti resistenziali.

Pressoché contemporaneamente alla Heimann e del tutto autonomamente, nella lontana Argentina, Heinrich Racker iniziò ad occuparsi di controtransfert e pubblicò negli anni una serie di lavori su questo

tema che confluirono poi nel 1968 nel volume Transfert e controtransfert, considerato oggi uno dei testi classici della letteratura psicoanalitica.

Il pensiero di Racker è senza dubbio più articolato e complesso di quello della Heimann, talvolta anche troppo. Sento pertanto l'esigenza di ringraziare a questo punto e in modo particolare il dott. Boyer per averlo pazientemente masticato, digerito e assimilato nelle sue linee essenziali cosicché io mi sento oggi in grado di trasmettervelo in modo, credo, sufficientemente piano e comprensibile.

Racker è in perfetta sintonia con Freud quando sostiene che esiste nell'analista uno strumento conoscitivo del paziente.

A questo strumento dà un nome: lo chiama "identificazione". Richiamando infatti la pagina di Freud che abbiamo citato all'inizio Racker dice: *"Se l'analista è ben identificato con il paziente e ha meno rimozioni di quante ne ha il paziente, accadrà che i pensieri ed i sentimenti che emergono in lui saranno precisamente quelli che non sono emersi nel paziente, vale a dire il rimosso e l'inconscio"*. Qui l'attenzione fluttuante si concentra quasi esclusivamente su quanto si verifica nel mondo interno del terapeuta: questi deve ascoltare se stesso se vuole capire il paziente.

Freud ha parlato a più riprese di empatia e di identificazione (si pensi solo al suo lavoro sulla psicologia dei gruppi) ma non ha mai utilizzato, in modo focalizzato e sistematico, questi termini per descrivere ciò che accade nella relazione terapeutica.

Racker riconosce anche che esistono nel terapeuta delle forze che operano in senso repressivo rispetto ai dati che l'identificazione con il paziente fornisce, affermando che neppure l'analista "è del tutto libero da situazioni di dipendenza infantile, da rappresentazioni nevrotiche degli oggetti e del soggetto e da meccanismi di difesa patologici" e che egli "deve superare delle resistenze per divenire cosciente dell'inconscio".

Purtroppo dal punto di vista terminologico Racker confonde un po' le acque perché usa indistintamente la parola controtransfert per connotare sia il versante positivo, conoscitivo del processo sia quello ostacolante, inibitorio, resistente.

La cosa tuttavia importante è che fino a qui Racker riconosce come il terapeuta sia un essere umano che ha una predisposizione ad identificarsi con il paziente e che, in quanto appunto essere umano, ha suoi personali sentimenti, ansie, preferenze, preclusioni e conflitti che possono interferire e distorcere i messaggi che pur riceve. Non è per nulla uno schermo liscio, uno specchio, una lavagna: è una persona.

Racker però non si ferma qui e accanto a questo processo di identificazione per cui l'analista si sintonizza con i pensieri e i sentimenti del paziente, e che egli chiama identificazione concordante, ne postula un altro che chiama identificazione complementare, in cui l'analista è identificato invece "con gli oggetti

interni, per esempio con il super-io” del paziente. Anche questo processo è considerato controtransfert. Si tratta della terza accezione della parola che ritroviamo in Racker.

Qui la parola identificazione è usata in un senso diverso: non designa più una funzione attiva del terapeuta ma piuttosto il fatto che questi è reso identico ad un oggetto interno del paziente in virtù di quel processo mal definito, che puzza di magia e va sotto il nome di “identificazione proiettiva”. L’idea è che qualcosa è “messo dentro” il terapeuta che diventa un ricettore passivo dell’attività esternalizzatrice del paziente. Mi sembra che con il concetto di identificazione complementare Racker abbia fatto contemporaneamente un passo avanti e un passo indietro. Un passo avanti perché ha preso in considerazione per la prima volta la possibilità che nella relazione terapeutica venga a realizzarsi una vicenda interpersonale significativa per il paziente. Un passo indietro perché ha di nuovo deumanizzato il terapeuta, ne ha fatto una sorta di marionetta che si muove senza barriere, senza filtri, senza apporti personali, al ritmo dettato dal paziente.

E in questa accezione il controtransfert rischia di essere considerato come la direttissima, la “via regia” al mondo interno del paziente.

Nonostante sia stato pubblicato alla fine degli anni ’60 del secolo scorso il libro di Racker ha costituito negli anni un punto di riferimento imprescindibile per gli autori che si sono occupati di controtransfert.

Ne è prova lampante il fatto che Sandler, nei suoi scritti sull’argomento, lo considera un interlocutore degno di una importante seppur critica attenzione. I principali lavori di Sandler sul tema sono, a mio modo di vedere, tre: l’articolo “Controtrasfert e rispondenza di ruolo” del 1976, scritto di getto “a mo’ di bagatella” come egli stesso ebbe a dirci, che è diventato uno fra gli articoli più citati di tutta la letteratura psicoanalitica; il secondo capitolo della raccolta di scritti di vari autori sul concetto di identificazione proiettiva del 1988; e infine l’articolo del 1993 “Sulla comunicazione del paziente all’analista: non tutto è identificazione proiettiva”. Sono tutti disponibili nella traduzione italiana per merito soprattutto del dott. Boyer.

Partirò, nella mia molto sommaria rivisitazione di questi lavori, dall’ultimo perché in esso Sandler prende di petto il tema del famoso strumento di cui dispone l’analista per entrare in contatto con il mondo interno del paziente e in questo modo si riallaccia a Freud e al concetto di identificazione concordante di Racker. Per Sandler lo strumento è l’“identificazione primaria ricorrente” o la “duplicazione per risonanza” che è un termine coniato da Edoardo Weiss e che descrive, secondo Sandler, la stessa modalità funzionale. La citazione di Weiss riportata da Sandler è molto chiara e suggestiva. Dice:

noi ‘percepriamo’ le esperienze interne dei nostri simili perché essi si comportano ed agiscono in un modo che è identico o simile al modo in cui noi ci comportiamo e agiamo quando abbiamo certe esperienze. E siamo incapaci di comprendere quegli elementi di un altro essere umano quando non possiamo riprodurli

attraverso la risonanza....Un ego percepisce attraverso i suoi organi di senso l'aspetto esterno di altre persone, cioè l'aspetto fisico, e riconosce attraverso la duplicazione per risonanza il loro aspetto interno, cioè le esperienze mentali....più ampia e più accurata è la duplicazione per risonanza nella propria mente, maggiore sarà la comprensione 'empatica' del mondo interno di quella persona. (Weiss, 1960).²

E Weiss concludeva osservando che l'esperienza dell'empatia si ha quando, nel momento successivo alla duplicazione per risonanza, collochiamo i sentimenti [che proviamo] nell'altra persona cui di fatto appartengono. Ristabiliamo cioè la distinzione fra le sue esperienze e le nostre.

Per quanto attiene in modo specifico alla situazione terapeutica Sandler dice:

Se accettiamo che dalla identificazione primaria ricorrente derivi automaticamente nell'analista la duplicazione o rispecchiamento di quello che il paziente esprime in forma verbale o non verbale, allora possiamo andare un passo oltre in relazione alla comunicazione inconscia, ed assumere che ogni espressione verbale, ogni associazione o pensiero espresso verbalmente dall'analizzando è, per un breve attimo, sperimentato dall'analista come se fosse un suo proprio pensiero. Per quanto di breve durata sia questa esperienza inconscia nella mente dell'analista – e sto parlando qui di una frazione di tempo minima – l'analista reagirà inconsciamente ad essa, e potrà sentire in qualche modo di accettarla o potrà, del tutto al di fuori dalla coscienza, respingere la sua temporanea automatica identificazione con essa. Se i pensieri che nascono nell'analista a causa della duplicazione per risonanza o identificazione primaria ricorrente... non si adattano con i suoi desideri inconsci, per es. suscitano un conflitto, l'analista può utilizzare una o più delle difese del suo repertorio contro di essi.

E precisa ulteriormente:

Il tipo particolare di identificazione riflessa di cui ho parlato, a cui mi riferirò ora come identificazione primaria ricorrente, quale si verifica nella situazione analitica non dovrebbe essere intesa come il prodotto di un atto intenzionale, conscio o inconscio.... Piuttosto, le caratteristiche speciali della situazione analitica, inclusa l'attenzione liberamente fluttuante, (e qui ritorniamo a Freud!) facilitano questa sorta di identificazione primaria o risonanza da parte dell'analista.... prolungando il periodo di latenza fra il rilasciamento dei confini (del Sé) e la re-imposizione degli stessi, fra identificazione primaria e disidentificazione.

Si può credo legittimamente affermare che sin qui, nella sostanza, il pensiero di Sandler segue le linee indicate da Freud e da Racker e ne costituisce uno sviluppo.

² Freud in Psicologia delle masse e analisi dell'io, commentando il principio di Mc Dougall della induzione diretta dell'emozione attraverso la "risposta di simpatia primaria", aveva brevemente ma efficacemente osservato: "Si tratta del fatto che i segni percepiti di uno stato affettivo si prestano a destare automaticamente in chi li percepisce il medesimo affetto". (Vol 9, 274)

Negli altri due lavori che ho citato, Sandler cerca in sostanza di districare i nodi inerenti al concetto di identificazione complementare di Racker, al processo cioè per cui il terapeuta è identificato con l'oggetto interno del suo paziente.

Come è noto alla maggior parte di Voi la tesi fondamentale di Sandler a questo riguardo è che il paziente esercita una induzione di ruolo attraverso la manipolazione del terapeuta che si attua per mezzo di una serie di segnali in genere subliminari. Il paziente cerca di attualizzare, di rendere cioè reale, la particolare interazione sé-oggetto che è presente nella sua fantasia di desiderio dominante evocando una specifica risposta da parte del suo terapeuta. Quest'ultimo dal canto suo ha una sua specifica "rispondenza di ruolo", vale a dire una specifica attitudine o predisposizione che lo porta ad aderire con maggiore o minore facilità al ruolo che il paziente gli propone e ad accogliere o meno la sua induzione. Ciò che ne risulta – dice Sandler – è in genere una sorta di compromesso "fra il ruolo che il paziente tenta di far assumere a forza all'analista e le propensioni proprie di questi".

E' importante sottolineare che il processo non avviene qui, come sostiene Racker e come hanno a iosa sostenuto i suoi epigoni, in virtù di un misterioso e magico "mettere dentro" da parte del paziente in un analista manichino e privo di volontà e responsabilità. Avviene invece sulla base di una nascosta, subliminare contrattazione fra due persone, due esseri umani, ciascuna con i propri bisogni, i propri punti di forza, le proprie fragilità e quindi una predisposizione specifica a ricercare e a entrare in determinati ruoli piuttosto che non in altri.

Con questo ulteriore contributo di Sandler l'attenzione uniformemente fluttuante viene estesa all'intera area della relazione terapeutica per includere, mi scuso per il bisticcio di parole, anche la rispondenza comportamentale liberamente fluttuante del terapeuta.

Va infatti precisato che queste vie privilegiate di accesso al mondo interno del paziente, l'identificazione primaria ricorrente e la rispondenza di ruolo, possono essere veramente tali solo nella misura in cui, nei dovuti tempi e modi, il loro contributo venga filtrato dai processi secondari del terapeuta. Entrano in gioco qui fattori diversi quale il buon uso dell'intelligenza e del discernimento del terapeuta, la conoscenza di se stesso acquisita con l'analisi, l'esperienza e la formazione, la capacità di distanziarsi e di padroneggiare i propri bisogni e le proprie reazioni pur mantenendo il contatto emotivo con il paziente.³ Come già disse felicemente Ferenczi in un lavoro del 1927 "*la mente dell'analista si muove continuamente fra empatia, autosservazione e valutazione razionale*".

³ E' per esempio evidente come Freud, che peraltro ha parlato raramente di empatia nei suoi scritti, la considerasse uno strumento di conoscenza, un processo meno primario dell'imitazione e dell'identificazione, su cui peraltro si fonda, più soggetto al controllo, alla valutazione e alla correzione per prove ed errori. Non si tratta per lui di un processo "tutto o nulla" ma di un vero e proprio lavoro mentale che ha anche una dimensione temporale.

[E' interessante come Ferenczi in questo articolo intitolato "L'elasticità della tecnica psicoanalitica" consideri di facile soluzione il problema posto dalla equazione personale del terapeuta. Egli pensa che la prescrizione di un'analisi personale risolva il problema. Scrive infatti:

chiunque...abbia subito un'analisi radicale e abbia così imparato a conoscere completamente i tratti peculiari del proprio carattere e a padroneggiarne le inevitabili debolezze, quando considererà e tratterà lo stesso oggetto di indagine, non potrà non arrivare alle stesse constatazioni obiettive e, logicamente, ad adottare le stesse misure tattiche e tecniche. Ed in realtà io ho la sensazione che dopo l'introduzione della seconda regola fondamentale (vale a dire la necessità di un'analisi personale per il futuro terapeuta) le differenze di tecnica vadano scomparendo.

Oggi invece noi pensiamo che l'equazione personale del terapeuta sia un dato irriducibile, un ingrediente ineliminabile ed essenziale del rapporto terapeutico.]

Infine Sandler specifica, e mi sembra importante che lo faccia, che è un errore considerare tutte le reazioni emotive del terapeuta come frutto di induzione, vale a dire di una specifica intenzionalità da parte del paziente a indurre un particolare tipo di risposta. Né tutte, aggiungerei, conseguono a processi di natura empatica. Esistono anche le reazioni dirette, temperamentali, idiosincrasiche del terapeuta alla persona del suo paziente e ai suoi diversi modi di essere e di esprimersi. "Se il paziente – dice Sandler – si mostra apertamente arrabbiato con il suo analista, questi può arrabbiarsi a sua volta oppure spaventarsi. Se il paziente puzza fortemente di sudore l'analista può reagire con disgusto". Ma, ripeto, non è assiomatico che in tali occasioni il paziente abbia bisogno di provocare la comparsa di questi particolari sentimenti nel terapeuta. Come dice Freud l'analista non ha perso in quanto tale il diritto di continuare ad essere un comune mortale. E' un aspetto questo su cui avremo modo di tornare a breve parlando degli elaborati scritti dagli Allievi.

Ovviamente non pretendiamo di aver esaurito, con questa esposizione, il compito di sintetizzare la ormai vastissima letteratura sul concetto di controtransfert. Pensiamo tuttavia che le quattro posizioni teoriche descritte costituiscano un punto di riferimento imprescindibile ed essenziale e che i punti di vista riscontrabili negli autori attuali testimonino l'adesione, più o meno sfumata o più o meno integrale ad una o a più d'una di esse. Si nota peraltro in molta letteratura una certa nonchalance nell'uso del termine ed un'ostinata tendenza a non definire il senso preciso in cui lo si sta utilizzando.

Possiamo quindi considerarci sufficientemente attrezzati per vedere insieme come si posizionano rispetto a tutto ciò colleghe e colleghi del Centro con i loro elaborati.⁴ Premettiamo alcune considerazioni di carattere procedurale. La raccolta degli scritti ha avuto luogo in questo modo: abbiamo

⁴ Il testo degli elaborati non viene qui pubblicato per ragioni di privacy. Ci sembra comunque utile riportare il commento agli elaborati stessi.

chiesto pressoché contemporaneamente ad allieve ed allievi di tutti i nostri corsi e scuole, senza alcun preavviso e senza che nella precedente attività didattica si fosse fatto particolare cenno al tema del controtransfert, di rispondere per iscritto e in modo anonimo, in occasione di un normale incontro di gruppo, alle due seguenti domande:

1) Che cosa è per te il controtransfert? Puoi descriverlo sinteticamente?

2) Puoi esporre, seppur brevemente, una tua esperienza in cui, secondo te, è evidente il controtransfert?

Abbiamo così raccolto 62 elaborati. Ciascuno di essi è stato poi letto e discusso nel corso delle riunioni del nostro gruppo di studio e di ricerca. Abbiamo in particolare cercato di vedere come ogni singolo elaborato si potesse collocare rispetto alle teorie sul controtransfert, assunte come punto di riferimento, che abbiamo esposto nella prima parte di questa relazione. Si è trattato di una valutazione qualche volta non facile, nella quale non sempre abbiamo raggiunto l'unanimità, il che è comprensibile considerando anche l'inevitabile concisione delle risposte, in particolare di quelle relative all'esperienza clinica. In più d'una occasione ci siamo rammaricati di non avere la possibilità di discutere con l'anonimo autore in modo più approfondito l'esempio riferito onde ottenere una visione più chiara e definita del suo pensiero.

Consideriamo questo un limite del nostro lavoro di ricerca, limite che pensiamo di dover tenere ben presente in analoghe occasioni future.

Pur con queste riserve pensiamo che la riflessione su questi scritti sia stata e possa essere anche in questa sede fonte di chiarificazione, di approfondimento, di ulteriore messa a fuoco di un tema così difficile e complesso.

E ora al dunque. Ci è sembrato possibile collocare gli autori degli elaborati in quattro gruppi distinti e sufficientemente riconoscibili basandoci prevalentemente su quanto essi riferiscono della loro esperienza clinica piuttosto che sulle definizioni date: nel primo gruppo abbiamo messo i freudiani, nel secondo gli "empatici", i seguaci di Edoardo Weiss, nel terzo i rackeriani-sandleriani e nel quarto, che è anche il più folto i terapeuti per i quali il controtransfert consiste essenzialmente nelle loro risposte emotive e comportamentali al paziente. Si tratta, nella fattispecie di reazioni automatiche e riflesse, motivate per lo più da problematiche personali e che essi giudicano sbagliate e fuorvianti: reazioni "contro" il paziente o contro il transfert del paziente.

Il fatto di esserci basati per questa classificazione sugli esempi clinici piuttosto che sulle definizioni dipende da una non infrequente mancanza di congruità fra i primi, gli esempi, e le seconde, le definizioni.

Ci è parso questo un dato interessante che sembra confermare la tesi di Sandler secondo la quale noi utilizziamo nel nostro lavoro due diversi tipi di teorie: le teorie "esplicite", cioè quelle canoniche, ufficiali pubbliche, che si rifanno al testo sacro del momento, per esempio nel caso specifico all'articolo di

Sandler sul controtransfert e risposta di ruolo; le teorie implicite invece sono quelle che ci creiamo noi, che mettiamo assieme attingendo alle nostre più diverse fonti esperienziali, personali, di lavoro, di formazione, letterarie, che non formuliamo chiaramente neppure a noi stessi, ma che influenzano in modo importante la nostra gestione del rapporto terapeutico.

Anche una ricerca piccola come la nostra sembra abbia il potere di fare emergere questi modelli operativi tenuti ai margini della coscienza dalla seconda e terza censura, cioè in sostanza dal timore che il nostro pensare non concordi con l'ufficialità.

Torniamo ora alla nostra classificazione. Per freudiani intendiamo quelli fra le colleghe e colleghi che considerano il controtransfert come una resistenza del terapeuta che crea una interferenza nella relazione con il paziente. Le manifestazioni conflittuali del paziente riattivano conflitti analoghi nel terapeuta di cui egli non ha la chiara consapevolezza o che, pur avendola, egli non è in grado di affrontare e padroneggiare adeguatamente. La risonanza fra i problemi emotivi del paziente e analoghi problemi del terapeuta produce una specifica difficoltà nel proseguimento e nell'evoluzione della terapia. Vi leggo due esempi clinici che a nostro parere si attagliano a questa concezione del controtransfert.

In entrambi questi elaborati le definizioni fanno riferimento ai concetti di relazione e di induzione di ruolo a conferma di quella divaricazione fra teoria e pratica cui si accennava poc'anzi.

(Elaborato 1 e 2)

Questo secondo esempio è particolarmente interessante perché, senza che ciò sia stato peraltro richiesto, viene specificato quanto accade nella relazione terapeutica dopo che ha avuto luogo quella che viene descritta come reazione controtransferale.

A questo riguardo ci siamo chiesti se il fatto che assai spesso i terapeuti non abbiano avvertito l'esigenza di specificare in modo concreto ciò che si è verificato dopo il loro intervento, presentando l'esempio clinico come un episodio isolato, chiuso in se stesso, non possa essere considerato l'indice di una certa difficoltà o di una qualche remora a tener presente la natura processuale, diacronica, della vicenda terapeutica. E' una considerazione questa sui cui torneremo quando prenderemo in considerazione gli elaborati che si concentrano sulle vicissitudini della relazione di ruolo.

Passiamo ora al gruppo degli empatici nel quale abbiamo collocato le colleghe e i colleghi nei cui esempi clinici si evidenzia in modo particolare la risonanza con i sentimenti, i bisogni, le ansie, le fragilità profonde del paziente. Nelle definizioni essi affermano vigorosamente l'importanza del controtransfert come strumento di comprensione del mondo interno del paziente pur non specificando le modalità di funzionamento dello strumento stesso. Ad esempio non parlano esplicitamente di empatia, di identificazione, del mettersi nei panni del paziente, del riconoscere nel paziente le proprie stesse emozioni, paure, conflitti. Queste modalità funzionali si evincono tuttavia dalla lettura dell'esempio clinico. Le definizioni rimangono generiche o scivolano, per così dire, verso il concetto di induzione di

ruolo, concetto che non trova poi riscontro nella descrizione clinica. Vi leggo per esemplificare due elaborati assegnati a questo gruppo (Elaborato 3).

In questo caso ci sembra che la collega o il collega abbia colto empaticamente la struttura molto primitiva di questo paziente i cui bisogni di accudimento, protezione, accoglimento sono rimasti quelli di un bambino molto piccolo con una scarsa differenziazione fra il livello psichico, emotivo e quello fisico. La supervisione ha aiutato la/il collega ad acquistare una certa distanza dai suoi vissuti, necessaria per poterli utilizzare ai fini di una migliore comprensione del paziente, vissuti che di per sé possono essere di non facile gestione nella relazione terapeutica.

Notiamo a conferma di ciò che questo è l'unico elaborato in cui, a proposito di controtransfert, si parla apertamente di sesso. Ci rifiutiamo di credere che questa materia sia così poco coltivata dagli allievi del nostro Centro!

Vi leggo ora il secondo elaborato (Elaborato 4).

Ci sembra interessante che in questo caso il terapeuta abbia evitato di cadere nel gioco difensivo sado-masochistico del paziente e si sia messo empaticamente in sintonia con il suo sentimento profondo di tristezza e di solitudine.

Alcuni terapeuti descrivono esplicitamente una propria condizione di paralisi nella terapia, conseguente, ci sembra, alla difficoltà di uscire dall'identificazione con il paziente per recuperare una distanza emotiva terapeuticamente utile, come testimonia il seguente elaborato (5). La collega descrive efficacemente la prima fase del processo empatico.

Arriviamo ora alla più vasta schiera dei sandleriani i quali per ragioni intuitivamente comprensibili hanno avuto il compito facilitato, tanto è vero che, per esempio, i loro elaborati mostrano una notevole congruità fra la definizione teorica e l'esempio clinico.

Si possono tuttavia fare anche a loro riguardo alcune osservazioni. Anzitutto molti di loro si dimostrano seguaci più di Racker che di Sandler: non accolgono l'idea sandleriana che la reazione emotiva o l'eventuale agito controtransferale sono concepibili come formazioni di compromesso "fra il ruolo che il paziente tenta di far assumere a forza all'analista e le propensioni proprie dell'analista stesso". Ogni terapeuta avrebbe quindi una sua specifica e ben delimitata "rispondenza di ruolo" che verrebbe testata ed eventualmente attivata dalle sollecitazioni del paziente. Questi colleghi adottano non sappiamo quanto consapevolmente, l'idea rackeriana dell'identificazione complementare, concepiscono cioè, il terapeuta un po' come una marionetta i cui fili sono integralmente in mano al paziente e da lui manovrati. Altri hanno una visione più equilibrata in senso sandleriano. Vi leggo in particolare l'esempio clinico di un elaborato (6) nel quale in modo, a nostro avviso, efficace viene descritto l'intreccio dei contributi di entrambi i membri della relazione. La reazione della terapeuta è frutto di induzione ma appartiene al suo repertorio, è incisa nella sua storia personale.

Abbiamo inoltre avuto l'impressione che, in generale, le colleghe e i colleghi considerino la relazione di ruolo che si sviluppa in terapia come un utile e valido strumento per accedere alla conoscenza della relazione d'oggetto interna che il paziente ha strutturato nel corso del suo sviluppo. Assai meno presente ci sembra sia la consapevolezza della funzione attuale, svolta dalla relazione stessa, di mantenimento dell'omeostasi emotiva del paziente e della relazione paziente-terapeuta. Ne consegue una certa tendenza a trattare la relazione di ruolo con le pinze, a sottolineare quanto sia importante che il terapeuta ne abbia lucida consapevolezza o, addirittura, quanto sia pericoloso che egli stia al gioco del paziente perché in tal modo finirebbe per stabilire un rapporto collusivo, non evolutivo e quindi antiterapeutico. Detto in parole molto povere ci sembra che le colleghe e i colleghi pretendano di lavorare più con la testa che con la pancia il che dubitiamo corrisponda alla verità.

Vi leggo un elaborato (7), per altro molto chiaro e articolato, che a nostro avviso testimonia bene quel che potremmo chiamare "un eccesso di consapevolezza".

Probabilmente a molti è sfuggito il fatto che Sandler, come ci racconta nel suo articolo sul controtransfert, ha continuato per ben tre anni a passare i fazzoletti alla sua paziente piangente senza sapere, per sua stessa ammissione, perché mai lo facesse!

Ci sembra pertanto utile ribadire l'idea che la relazione di ruolo nella terapia, come per altro nella vita, è una costruzione comune, frutto di una sotterranea negoziazione e di un reciproco adattamento. Una volta costituita essa funge per lungo tempo da asse portante dell'impresa terapeutica soddisfacendo in modo non facilmente rinunciabile importanti bisogni di entrambe le parti. In essa possiamo inoltre distinguere un contenuto manifesto e un contenuto latente: possiamo considerare gli aspetti più evidenti della relazione come derivati che svolgono per un tempo più o meno lungo della vicenda terapeutica anche una funzione difensiva. Ciò che viene evitato è la messa a fuoco nel dialogo terapeutico di bisogni primari, più difficilmente accettabili o semplicemente più difficilmente condivisibili che, seppure in modo indiretto e mascherato, vengono messi in gioco e parzialmente soddisfatti. Quando le cose vanno bene la relazione è soggetta ad un lento processo di trasformazione e di rimodellamento, processo che non può aver luogo senza un contributo condiviso di lavoro psichico e di più o meno sofferta elaborazione. Ci sentiamo di affermare che se le cose non avvengono in questo modo la terapia non è vera terapia.

Ci sembra che venga a buon punto citare la definizione molto originale e personale di una collega che suona così: (8).

Utilmente la collega ci ricorda che siamo immersi e impegnati in relazioni di ruolo sempre, dalla nascita alla morte.

Veniamo infine al folto gruppo di elaborati nei quali con il termine controtransfert si denota quella che, a nostro avviso, è una reazione personale, idiosincrasica, nella maggior parte dei casi del tutto umana e

comprensibile, a determinati modi di essere e di comportarsi del paziente. Talora, nella definizione teorica del termine, viene fatto riferimento, per spiegare il comportamento in senso lato del terapeuta, al concetto di induzione; l'esempio clinico tuttavia non sembra confermare questa modalità esplicativa e ci pone di fronte ad un fenomeno che ha alcune caratteristiche ben precise e che possiamo sintetizzare in questo modo:

a) Si tratta di una reazione prevalentemente emotiva e spesso anche comportamentale del terapeuta (una reazione "agita") che si manifesta in particolari momenti del processo terapeutico con uno specifico paziente. Per lo più quella che viene evidenziata è una reazione episodica, ben delimitata e circoscrivibile. Più raramente viene descritta una reazione del terapeuta che si prolunga nel tempo in modo continuativo o ripetitivo.

b) La reazione descritta è una reazione conscia.

c) Viene avvertita quasi sempre come insolita, inusuale ed eccessiva rispetto alla relazione terapeutica abituale e difficile da padroneggiare.

d) Spesso è giudicata sbagliata, inadeguata o per lo meno non rispettosa del "timing" rispetto ad un modello ideale di condotta terapeutica.

e) Pertanto la reazione è considerata in genere anti-terapeutica: viene spesso sottolineata la sua natura "non empatica" e autoprotettiva per il terapeuta.

Il terapeuta si descrive in sostanza irritato o arrabbiato con il suo paziente, insopportante, impaziente, frustrato, annoiato, impotente, distaccato, angosciato, colpevole. Risulta per altro difficile, analizzando gli esempi clinici riferiti, rintracciare una precisa intenzionalità, operante nel paziente volta a suscitare queste particolari reazioni. Tanto meno ci è sembrato che queste ultime potessero essere ascritte all'attivarsi di una specifica resistenza nel senso inteso da Freud. Siamo tuttavia consapevoli, parafrasando Alessandro Manzoni, che non è possibile differenziare con un taglio netto quanto appartiene al paziente e quanto al terapeuta.

Facciamo degli esempi. (Elaborato 9) Qui le cose sembrano abbastanza semplici. Vediamo un esempio più intrigante (10).

L'esempio è interessante perché il terapeuta non individua il controtransfert nel fatto di colludere, in qualche misura, con il gioco difensivo del paziente quanto piuttosto nella sua forte reazione di rifiuto, per altro ben padroneggiata, ad entrare nel ruolo in cui il paziente sta cercando di metterlo.

L'inevitabile concisione del testo non consente ovviamente di comprendere in che modo sia stato possibile per questo paziente riconciliarsi con i sentimenti di fragilità attivati o riattivati dalla malattia fisica, sentimenti da cui si stava così strenuamente difendendo.

Molte volte per altro abbiamo avuto l'impressione che una più approfondita conoscenza della situazione clinica descritta ci avrebbe consentito di puntualizzare con più precisione le fonti della reazione emotiva del terapeuta. Riportiamo ad esempio questo elaborato (11) che già nella definizione teorica introduce dei distinguo. Ci auguriamo che la riflessione sia stata proficua per la collega o il collega. A noi è venuto il sospetto di trovarci di fronte al bisogno, presente in varia misura in tutti noi, di essere, per dirla con Kohut, convalidati dai nostri pazienti, di essere aiutati da loro a non sentirci inadeguati, impotenti, fallimentari, inutili. E ci viene l'ulteriore sospetto che gran parte delle reazioni descritte consegua alla frustrazione dei tanti e diversi bisogni che noi terapeuti inevitabilmente portiamo anche nel nostro difficile lavoro.

E' ora di concludere e di darVi e ridarVi la parola. Lo facciamo ribadendo quanto abbiamo in qualche modo già detto. E' assurdo pensare che sia possibile oggi dare una definizione univoca e definitiva del termine controtransfert. Per quanto vigili e severi con noi stessi lo useremo sempre nelle nostre discussioni cliniche in modo personale e idiosincrasico. E' una libertà che non vogliamo che ci sia tolta né può esserlo. Ogni tanto però può essere buona cosa dedicare qualche tempo a riflettere, a chiederci che cosa vogliamo veramente dire quando ci capita di farne uso. In questo senso questo lavoro a noi è servito.

Ci auguriamo che valga lo stesso per Voi.

Bibliografia essenziale

- Ferenczi S. L'elasticità della tecnica psicoanalitica. in *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. III Guaraldi Editore, 1974.
- Freud S. Per gli scritti freudiani si fa riferimento, salvo quanto diversamente indicato, alle *Opera di Sigmund Freud* in 12 Volumi, Boringhieri.
- Freud S. (1910a) *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. Vol VI
- Freud S. (1912b) *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. Vol VI
- Freud S. (1913b) *Inizio del trattamento*. Vol VII
- Freud S. (1914b) *Osservazioni sull'amore di transfert*. Vol VII
- Freud S. - Jung C.G. *Lettere (1906-1913)* a cura di W.McGuire, Boringhieri 1990
- Heimann P. Il Controtransfert, in *Bambini e non più bambini*, Borla 1992.
- Racker H. *Studi sulla tecnica psicoanalitica: transfert e controtransfert*. Armando 1970
- Sandler J. La rispondenza di ruolo, in Sandler J., Sandler A-M, *Gli oggetti interni. Una Rivisitazione*. Angeli 2002
- Sandler J. (ed) *Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva*, Boringhieri 1988
- Sandler J. La comunicazione del paziente all'analista: non tutto è identificazione proiettiva.
Trad. ad uso interno del Centro Studi di M. Boyer. Orig. in *Int. J. Psycho-Anal* (1993) 74, 1097

Segnaliamo il Volume *Il Controtransfert*, a cura di C. Albarella e M. Donadio. Liguori 1998, nel quale sono inclusi, assieme ad altri, alcuni degli articoli sopra segnalati.