

## Capitolo 4

### Il transfert

Alcuni aspetti della relazione terapeuta-paziente sono stati presi in considerazione nel capitolo 3, dove è stato sottolineato che il concetto di alleanza terapeutica includeva alcuni aspetti che possono anche essere definiti “transferali”. Lo scopo del presente capitolo è quello di considerare i significati di questo secondo termine. Il concetto di transfert può essere valutato solo tenendo presente il suo sviluppo storico, e le diverse scuole di indirizzo psicoanalitico tendono a mettere in rilievo differenti aspetti della definizione di transfert. Gli psicoanalisti considerano l’analisi dei fenomeni transferali come il momento centrale della loro tecnica terapeutica, mentre il concetto è largamente applicato al di fuori della psicoanalisi per cercare di comprendere in generale le relazioni umane. Per valutare le applicazioni attuali e quelle potenziali di tale concetto ci sembra necessario un esame separato dei vari significati attribuiti al termine.

Freud fu il primo a fare uso del termine “transfert” quando riferì i suoi tentativi di sollecitare associazioni verbali dai suoi pazienti (*Studi sull’Isteria*, 1892-95). Lo scopo di tale metodo di trattamento consisteva nel far scoprire al paziente, principalmente attraverso le sue associazioni e le sue reazioni emotive, il legame esistente tra i suoi sintomi e sentimenti *attuali*, da un lato, e le sue esperienze *passate* dall’altro. Freud riteneva che la “scissione” delle esperienze passate (e dei sentimenti ad esse connesse) dalla coscienza costituisse uno dei fattori principali nella genesi della nevrosi. Notò che nel corso del trattamento si sviluppavano cambiamenti nell’atteggiamento del paziente verso il medico e che tali mutamenti, che comprendevano forti componenti emotive, potevano interrompere il processo di associazione verbale, traducendosi spesso in notevoli ostacoli al trattamento stesso. Osservò (*Studi sull’Isteria*, 1892-95) che “la paziente si spaventa per il fatto di trasferire sulla persona del medico le rappresentazioni penose che emergono dal contenuto dell’analisi. Ciò è frequente, e anzi in alcune analisi è un fatto generale”. Questi sentimenti erano considerati come un “transfert”, una conseguenza di quello che Freud chiamava un “falso nesso” tra una persona che era l’oggetto di precedenti desideri (solitamente sessuali) e il medico. I sentimenti legati ai desideri passati (che sono stati esclusi dalla coscienza) riemergono e sono sperimentati nel presente come conseguenza di questo “falso nesso”. In questo contesto Freud rilevava come i pazienti fossero propensi a sviluppare legami affettivi nevrotici nei confronti dei loro medici.

In uno scritto pubblicato alcuni anni più tardi (*Frammento di un’analisi d’isteria. Caso clinico di Dora*, 1901) il termine “transfert” fu usato ancora una volta nel contesto della situazione di trattamento analitico. Freud si chiese:

*Che cosa sono i transfert? Sono riedizioni, copie degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il progresso dell’analisi; ma hanno questa peculiarità: a una persona della storia precedente viene sostituita la persona del medico. In altri termini, un gran numero di esperienze psichiche precedenti riprendono vita, non però come appartenenti al passato, ma come relazione attuale con la persona del medico. Vi sono transfert il cui contenuto non differisce in nulla da quello del modello, se si eccettua la sostituzione della persona. Questi sono allora, per seguire la metafora, delle vere e proprie “ristampe” o riedizioni invariate. Altri sono compiuti con più arte; subiscono una mitigazione del loro contenuto...appoggiandosi su una qualche particolarità reale, abilmente utilizzata, della persona del medico o del suo ambiente. In questo caso non si tratta più di ristampe, ma di rifacimenti.*

Fino a questo punto il transfert era stato inteso come un fenomeno clinico che poteva fungere da ostacolo o da “resistenza” (capitolo 7) al lavoro analitico; alcuni anni più tardi però (*Cinque*

*conferenze sulla psicoanalisi*, 1909) Freud notava che il transfert non era sempre un ostacolo all'analisi, ma poteva anche avere "un'importanza decisiva non solo per il convincimento del malato, ma anche per quello del medico". Si tratta del primo riferimento al transfert come fattore terapeutico. È opportuno notare che Freud ha coerentemente distinto l'analisi del transfert, intesa come misura tecnica, dalla cosiddetta "guarigione di transfert", nella quale il paziente sembra liberarsi di tutti i sintomi in seguito ai suoi sentimenti di amore per l'analista e al desiderio di compiacerlo (*Pulsioni e loro destini*, 1915). In questo contesto si dovrebbe dire che la "guarigione di transfert" si può distinguere dalla "fuga nella guarigione", una forma di resistenza piuttosto diversa in cui i sintomi del paziente scompaiono (almeno temporaneamente) per servire la resistenza, permettendo al paziente di affermare che non ha bisogno della terapia perché è già guarito. La relazione tra transfert e resistenza verrà affrontata nel capitolo 7.

Qualche tempo dopo Freud (1916-1917) sottolineò che "il transfert insorge nel paziente fin dall'inizio del trattamento e rappresenta per un certo tempo la più forte molla a continuarlo". A questo punto è ormai chiaro che Freud usava il termine per comprendere un certo numero di fenomeni piuttosto diversi, anche se tutti caratterizzati dal fatto di essere visti come una ripetizione nel presente di sentimenti e atteggiamenti del passato. Nel 1912 Freud aveva parlato di transfert "positivi", contrapponendoli a quelli "negativi", e aveva ulteriormente suddiviso i transfert positivi in quelli che erano d'aiuto al lavoro terapeutico e in quelli che lo ostacolavano. I transfert negativi erano considerati come transfert di sentimenti ostili diretti contro il terapeuta, la cui manifestazione estrema si aveva nei casi di paranoia, anche se in forma più mite i sentimenti negativi potevano coesistere con il transfert positivo in tutti i pazienti. Tale coesistenza permetteva al paziente di servirsi di un aspetto del transfert per proteggersi dalla disturbante comparsa dell'altro. Un paziente poteva quindi usare l'ostilità che aveva trasferito sull'analista come un mezzo per tenere a bada i propri sentimenti positivi. In tal caso il paziente impiegava il lato ostile della sua ambivalenza per proteggersi dalla comparsa di minacciosi desideri positivi (solitamente erotici) nei confronti dell'analista. Inoltre il transfert positivo che "insorge...sin dall'inizio del trattamento" differisce qualitativamente dai transfert erotici che sorgono nel corso del trattamento (*Dinamica del transfert*, 1912). Il primo di questi due aspetti del transfert può essere considerato una componente dell'alleanza terapeutica, precedentemente esaminata (capitolo 3).

Freud pensava che le particolari caratteristiche del transfert di un paziente derivassero dagli specifici aspetti della sua nevrosi, e non fossero quindi semplicemente un risultato del processo analitico. Questo fenomeno è comune a tutti i pazienti (*Dinamica del transfert*, 1912). Queste specifiche caratteristiche del transfert del paziente assunsero un ulteriore significato quando fu introdotto il concetto di "nevrosi di transfert" (*Ricordare, ripetere, rielaborare*, 1914). Con tale concetto si metteva in rilievo il modo in cui le precedenti relazioni, che erano componenti importanti della nevrosi stessa, modellavano anche la configurazione predominante dei sentimenti del paziente nei confronti dell'analista. Freud scrive (*Ricordare, ripetere, rielaborare*, 1914):

*Se il paziente è tanto compiacente da rispettare le condizioni indispensabili per la continuazione stessa del trattamento, ci riesce in genere di dare a tutti i sintomi della malattia un nuovo significato in base al transfert, facendo in modo che la normale nevrosi sia sostituita da una "nevrosi di transfert" dalla quale il paziente può essere guarito mediante il lavoro terapeutico. Il transfert crea così una provincia intermedia fra la malattia e la vita, attraverso la quale è possibile il passaggio dalla prima alla seconda. Il nuovo stato ha assunto su di sé tutti i caratteri della malattia, ma costituisce una malattia artificiale completamente accessibile ai nostri attacchi. Al tempo stesso questo stato è una parte della vita reale, favorito tuttavia da condizioni particolarmente propizie e coi caratteri della provvisorietà.*

Il concetto di "nevrosi di transfert" fu ampliato da Freud (*Al di là del principio di piacere*, 1920) quando precisò che il paziente in analisi è

costretto a ripetere il materiale rimosso come un'esperienza presente, invece di ricordarlo, come l'analista preferirebbe vedere, nella sua qualità di frammento del passato. Questa riproduzione, che si presenta con un'indesiderata fedeltà, ha sempre per contenuto qualche aspetto della vita sessuale infantile... e si verifica regolarmente nell'ambito del transfert, vale a dire del rapporto con il medico. Quando nel trattamento si arriva a questo punto, si può affermare che la precedente nevrosi è stata ora sostituita da una nuova "nevrosi di transfert".

E' un vero peccato che il termine "nevrosi di transfert", usato nel senso attribuitogli da Freud, sia così simile alla designazione che è stata data a un'intera classe di *disturbi* psichiatrici – le cosiddette "nevrosi di transfert" – vale a dire quei disturbi in cui possono essere osservati i fenomeni di transfert. Nei suoi primi scritti, Freud si era mostrato convinto che tali disturbi potessero essere distinti da altri di diverso tipo, le "nevrosi narcisistiche", nelle quali riteneva che i fenomeni di transfert non si sviluppavano facilmente. Questo secondo gruppo di affezioni psichiche corrisponde a quelle che oggi designeremmo come psicosi funzionali. La maggior parte degli psicoanalisti è oggi dell'opinione che i fenomeni di transfert si verificano nei pazienti rientranti in entrambi i gruppi.

La ripetizione del passato sotto forma di transfert attuali rappresentava, secondo Freud, una conseguenza di quella che venne chiamata "coazione a ripetere". L'espressione "coazione a ripetere" è inappropriata in quanto fa pensare a una spiegazione del fatto osservato, e cioè che gli individui tendono a ripetere in continuazione modelli precedenti (di solito risalenti all'infanzia). Spesso gli psicoanalisti si sono mostrati propensi a elevare concetti descrittivi al rango di principi esplicativi. Inoltre, la tendenza a ripetere non è una "coazione" nel senso psichiatrico del termine, e non è neppure una "pulsione" a ripetere, per come Freud ha usato il termine di pulsioni istintuali [Trieb]. Sarebbe più appropriato parlare di una "spinta a ripetere".

Per chiarire la prospettiva dei successivi sviluppi, è necessario tenere presente che il concetto di transfert fu elaborato da Freud durante gli anni in cui il funzionamento psichico era inteso, da lui e dai suoi colleghi, principalmente nei termini delle vicende dei moti pulsionali e delle energie che si riteneva li muovessero. Freud concepiva i desideri sessuali diretti verso un'importante figura del passato come un investimento ('*Besetzung*', 'catexi') di energia pulsionale sessuale ('libido') sull'immagine della persona in questione ('l'oggetto libidico'). Il transfert, un processo del quale il paziente non era consapevole, era concepito come uno spostamento della libido dal ricordo dell'oggetto originario alla persona dell'analista, che diventava il nuovo oggetto dei desideri sessuali del paziente.

L'accresciuta attenzione rivolta all'analisi del transfert e gli sviluppi della Psicologia dell'Io hanno spinto altri autori psicoanalitici a cercare di perfezionare e di estendere il concetto di transfert, al fine di raggiungere una più precisa comprensione dei fenomeni clinici e di integrarlo con altri sviluppi verificatisi nella teoria psicoanalitica. La storia dello sviluppo del concetto di transfert è un ottimo esempio del tipo di problemi che sorgono quando un concetto sviluppatosi nel corso di una prima fase della psicoanalisi venga mantenuto, nella sua forma originaria, anche quando siano intervenuti più recenti sviluppi teorici.

Anna Freud, nella sua opera *L'Io e i meccanismi di difesa* (1936), propose una distinzione dei fenomeni transferali a seconda del loro grado di complessità: 1) *transfert degli impulsi libidici*, dove i desideri istintuali legati ad oggetti infantili si fanno strada e si dirigono verso la persona dell'analista, e 2) *transfert di difesa*, in cui vengono ripetute delle precedenti difese assunte contro le pulsioni (vedi Sandler e al. 1969). Un esempio di questa seconda categoria sarebbe fornito da un paziente che sviluppi, nel corso dell'analisi, un combattivo atteggiamento di rifiuto dell'analista, trasferendo in questa sede un atteggiamento già assunto nell'infanzia per proteggersi da sentimenti di amore e di affetto, nel timore che tali sentimenti l'avrebbero posto in una situazione di pericolo. Una simile formulazione amplia la precedente e più semplice concezione di Freud in cui l'ostilità "difensiva" sarebbe stata vista non come una ripetizione di misure difensive infantili – cioè non come una ripetizione di una modalità di funzionamento dell'Io – ma piuttosto come l'utilizzazione

di sentimenti ostili attualmente esistenti allo scopo di proteggere l'individuo dalle conseguenze del sorgere del suo transfert positivo.

Anna Freud scrisse inoltre di un *agire nel transfert*, in cui il transfert si intensifica riversandosi nella vita quotidiana del paziente. I sentimenti e desideri diretti verso l'analista, sorti nel corso del trattamento, potrebbero quindi trovare espressione volgendosi verso altre persone dell'ambiente quotidiano del paziente. L' "agire nel transfert" si avvicina al concetto di *messa in atto* (capitolo 9). Contemporaneamente Anna Freud introdusse un'ulteriore categoria concettuale, da lei considerata come una sottospecie di transfert, da tenere distinta dal transfert vero e proprio. Si tratta dell'*esternalizzazione*, esemplificata dal caso del paziente che si sente in colpa e che, invece di sperimentare i morsi della coscienza, si attende i rimproveri dell'analista. Questa esternalizzazione di una parte consolidata della personalità (ad es. il Super-io) fu considerato qualcosa di diverso dalla ripetizione nel transfert di precedenti relazioni infantili del paziente riguardanti, per esempio, un padre punitivo. Un ulteriore esempio di esternalizzazione si avrebbe nel caso il paziente sviluppasse la convinzione (o il timore) che l'analista desideri sedurlo, mentre tale convinzione si basa invece sull'esternalizzazione – o meglio, in questo esempio, su quella particolare forma di esternalizzazione nota comunemente come "proiezione" – sull'analista dei sentimenti di natura sessuale che il paziente stesso nutre nei confronti dell'analista. Ciò che è "esternalizzato" è il desiderio sessuale inconscio del paziente, in un certo senso un aspetto dell'Es del paziente, e questa esternalizzazione non deve necessariamente essere considerata come la ripetizione di un impulso lipidico infantile, né come la ripetizione di una manovra difensiva infantile. È interessante notare come sia Alexander (1925) che Freud (*Compendio di Psicoanalisi*, 1938) parlano del fatto che l'analista "assume il ruolo" della coscienza morale (o Super-io del paziente) e abbiano visto in ciò un importante elemento del processo terapeutico.

Quest'ultima distinzione fra esternalizzazione di una parte consolidata della personalità e transfert "vero e proprio" fatta da Anna Freud non è stata seguita sistematicamente dagli autori successivi, e infatti "esternalizzazioni" di vario tipo sono state assorbite nel concetto più generale di transfert, come vedremo più avanti in questo capitolo.

Come si è detto, all'interno della psicoanalisi si è manifestata una forte tendenza ad un ampliamento del concetto di transfert. In parte ciò può essere fatto risalire a due indirizzi che hanno trovato espressione nella cosiddetta "scuola inglese" di psicoanalisi. Il primo derivò dalle idee di James Strachey (1934) che aveva sostenuto che le sole interpretazioni efficaci in psicoanalisi erano le interpretazioni di transfert. Si riteneva che queste interpretazioni dovessero riferirsi ai processi di proiezione sull'analista di "immagini primitive introiettate" che erano ritenute una componente significativa del Super-io del paziente. In conseguenza dell'enfasi posta sulle interpretazioni transferali gli analisti che furono influenzati dalle concezioni di Strachey decisero di formulare, quanto più spesso possibile, le proprie interpretazioni in termini di transfert, al fine di aumentare l'efficacia dei loro interventi. Strachey osserva che se il paziente proietta le sue immagini primitive introiettate sull'analista, l'analista diventa come qualunque altra persona incontrata dal paziente nella vita reale – un "oggetto di fantasia". Per "immagini primitive introiettate" Strachey si riferisce alle immagini primitive dei genitori che sono costruite nella psiche dell'individuo come parte dello sviluppo normale, e che rimangono in qualità di componenti attive della vita psichica inconscia.

Il secondo indirizzo trasse spunto dalle formulazioni teoriche di Melanie Klein (1932), la quale, in seguito alla propria attività analitica con i bambini, era giunta alla conclusione che tutti i comportamenti successivi fossero in larghissima misura una ripetizione dei rapporti che ella pensava dovessero essersi verificati durante il primo anno di vita. La combinazione di questi indirizzi ha spinto alcuni analisti a ritenere che tutte le comunicazioni fornite dal paziente fossero indice del transfert di precoci relazioni infantili, e quindi a non esprimere commenti che non si riferissero al transfert. Questa tendenza è stata ampiamente discussa dalla Zeitzel (1956).

Molti altri analisti hanno contribuito allo sviluppo di nuove prospettive sul concetto di transfert. Per esempio Edward Glover (1937) ha sottolineato che "un'adeguata concezione del transfert deve riflettere la *totalità* dello sviluppo individuale...l'individuo sposta sull'analista non

soltanto affetti e idee ma *tutto* ciò che ha appreso o dimenticato nel corso del proprio sviluppo psichico”. Mentre alcuni autori, in questo primo periodo hanno ampliato il concetto di transfert all’interno della situazione psicoanalitica, altri (pur non accettando che tutti gli aspetti del rapporto paziente-analista debbano essere considerati come manifestazioni transferali) hanno espresso la convinzione, in linea con un’osservazione di Freud riguardante l’ubiquità del transfert (*Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, 1909), che il transfert debba essere considerato un fenomeno psicologico generale. Greenson a questo proposito scrive (1965) scrive:

*Il transfert consiste nello sperimentare sentimenti, pulsioni, atteggiamenti, fantasie e difese che, pur riferendosi ad una persona del presente, sono inappropriati nei confronti di tale persona, in quanto ripetizione o spostamento di reazioni che erano sorte in rapporto a persone significative della prima infanzia... una reazione per poter essere considerata transfert deve possedere due caratteristiche: deve essere una ripetizione del passato e deve essere inadeguata al presente.*

Tale definizione sembra più comprensiva rispetto al concetto originario di Freud. Essa comprenderebbe, ad esempio, tipi abituali di reazione nei confronti di altre persone che sono diventati parte del carattere del paziente (ad esempio una tendenza a temere l’autorità) e che possono considerarsi inappropriati nel presente. Questo fenomeno del “transfert di carattere” (Sandler e al, 1969) è molto diverso dalla concezione che vede nel transfert lo sviluppo, nel corso del processo analitico, di sentimenti e fantasie che non erano evidenti all’inizio della terapia, ma che sono emersi in seguito alle condizioni fornite dalla terapia stessa.

Ritenendo che le estensioni del concetto non portassero affatto ad una maggiore chiarezza, un certo numero di psicoanalisti ha invocato un ritorno ad una concezione più limitata del transfert. Waelder (1956) ha proposto che il concetto di transfert sia circoscritto agli eventi che si verificano all’interno della situazione psicoanalitica classica: “Il transfert può essere definito come un tentativo del paziente di risperimentare e di riattivare, nella situazione analitica e nei riguardi dell’analista, situazioni e fantasie della sua infanzia. Il transfert è pertanto un processo regressivo...Il transfert si sviluppa in seguito alle condizioni dell’esperienza analitica, vale a dire della situazione e della tecnica analitiche”. Più recentemente, in un’ampia disamina dei divergenti indirizzi riguardanti il concetto di transfert, Loewenstein (1969) arriva alla conclusione che “il transfert al di fuori dell’analisi non può ovviamente essere descritto con gli stessi termini usati per indicare i transfert che compaiono durante il processo analitico e sono ad esso dovuti”. Loewenstein perviene a questa concezione poiché è convinto che i due aspetti del transfert rilevati nell’analisi, cioè l’aspetto di resistenza e quello di strumento di scoperta e guarigione, esistano esclusivamente nella situazione analitica e non possano mai essere osservati al di fuori di essa. Oggi la maggior parte degli psicoanalisti non accettano la concezione ristretta di transfert sostenuta da Waelder e Loewenstein. Sostenere che il concetto di transfert debba essere circoscritto alla sola situazione analitica non è convincente, anche se è possibile comprendere la ragione che suggerisce tale limitazione, e cioè la crescente tendenza ad allargare indiscriminatamente l’applicazione del termine. E’ evidente che gli stessi fenomeni che si verificano nel trattamento psicoanalitico possono verificarsi anche al di fuori di esso. Infatti Freud (*La dinamica del transfert*, 1912) aveva detto: “Non è vero che il transfert emerge con maggiore intensità nel corso dell’analisi piuttosto che fuori di essa. Negli istituti dove i malati di nervi sono trattati con metodi non analitici, possiamo osservare che il transfert compare con la massima intensità”. Tuttavia, la situazione analitica classica sembra fornire condizioni che favoriscono lo sviluppo del transfert e consentono di esaminarne i fenomeni in forme relativamente incontaminate (Stone, 1961).

Non vi è dubbio che i fattori socio-culturali influenzano gli sviluppi del transfert. Per esempio il sesso dell’analista è certamente significativo nel determinare come minimo la sequenza in cui emergono gli elementi del transfert. La questione del sesso è stata intensamente esaminata negli ultimi anni, probabilmente a causa dell’influenza del movimento femminista (vedi, per esempio, Lasky, 1989; Person, 1983; Wrye & Welles, 1989). In modo analogo si è discusso anche

delle analisi con persone di razze diverse. Fischer (1971) sostiene che la differenza di razza tra l'analista e il paziente comporta problemi di significato inconscio a diversi livelli e che "ci sono seri rischi sia nel sopravvalutare che nell'ignorare il fattore interrazziale". La scuola di etno-psicoanalisi ha avuto molto da dire in questo campo.

Recentemente ci sono stati molti sviluppi significativi riguardo al concetto di transfert. In particolare, è stata messa in discussione l'idea originale di transfert come ripetizione del passato. Cooper (1987a) commenta: "la concezione storica relativamente semplice del transfert come riproduzione nel presente di relazioni significative del passato non risponde adeguatamente alle attuali esigenze cliniche e teoriche" e fa una distinzione fra quelle che chiama la concezione "storica" e la concezione "modernistica" del transfert. Secondo il punto di vista storico, "il transfert è una messa in atto di una precedente relazione e il compito dell'interpretazione del transfert è di ottenere l'insight su come la relazione della prima infanzia distorce o disturba la relazione con l'analista, relazione che è a sua volta assunta come modello per le relazioni della vita del paziente". Per contro, la concezione modernistica vede il transfert come "un'esperienza nuova anziché una messa in atto di una esperienza passata. Lo scopo dell'interpretazione di transfert è di portare alla coscienza tutti gli aspetti di questa nuova esperienza comprese le coloriture del passato".

Assumendo la distinzione di Cooper tra punto di vista storico e modernistico, è pertinente considerare il passaggio da uno all'altro da un certo numero di punti di vista: *La controversia sulla nevrosi di transfert, La teoria kleiniana del transfert, Il transfert e l'esternalizzazione, Considerazioni evolutive in riferimento al transfert.*

#### *La controversia sulla nevrosi di transfert*

Precedentemente in questo capitolo ci siamo riferiti all'introduzione da parte di Freud del concetto di nevrosi di transfert (*Ricordare, ripetere, rielaborare*, 1914) considerata una "malattia artificiale", nel corso dell'analisi, che sostituisce "la nevrosi ordinaria". Freud vedeva la nevrosi attuale del paziente come una nuova versione della cosiddetta "nevrosi infantile" e di conseguenza la nevrosi di transfert fu considerata una reviviscenza della nevrosi infantile che, all'interno dell'analisi, coinvolgeva la persona dell'analista. Kepecs (1966) ha mostrato che il termine "nevrosi di transfert" genera molta confusione e successivamente molti autori (Cooper, 1987b; Harley, 1971; Jacobs, 1987; London, 1987; Reed, 1987,1990) hanno discusso sia delle difficoltà inerenti al concetto che del fatto che sia un *sine qua non* della terapia psicoanalitica. Tra coloro che si sono battuti per conservare questo concetto, è emersa l'opinione che il transfert come fenomeno psichico generale debba essere distinto dalla specifica entità clinica che è la nevrosi di transfert. Blum (1971) commenta che con l'arrivo della teoria strutturale "complessi aspetti egoici e superegoici del transfert furono gradualmente riconosciuti. Il transfert nella situazione analitica comprendeva il transfert delle difese, degli affetti e delle fantasie associate, e atteggiamenti collegati alle relazioni oggettuali infantili". E' generalmente accettato che il concetto di nevrosi infantile abbia due significati principali. Il primo è "la fonte prototipica del conflitto intrapsichico durante il complesso d'Edipo" e il secondo "un costrutto metapsicologico che si riferisce alla struttura e organizzazione interna della personalità infantile come risultato di tale conflitto" (Moore & Fine, 1990). Il concetto di nevrosi infantile è divenuto sempre più controverso (vedi ad esempio Calogeras & Alston, 1985; A. Freud, 1971; Loewald, 1974).

In netto contrasto, Brenner (1982), generalmente considerato come un teorico conservatore, afferma molto enfaticamente:

*Il termine nevrosi di transfert è una tautologia. Il concetto è un anacronismo. Gli analisti definiscono la nevrosi come un sintomo, o un insieme di sintomi, che sono formazioni di compromesso che nascono dai conflitti...anche le manifestazioni transferali sono formazioni di compromesso che nascono dai conflitti.... Una manifestazione di transfert è indistinguibile, dal punto di vista dinamico, da un sintomo nevrotico. Chiamarlo nevrotico, o chiamare tutto il transfert*

*una nevrosi significa aggiungere un termine senza aggiungere significato. Transfert è sufficiente. Non si ottiene nulla ad allargare il termine a nevrosi di transfert... "La vera nevrosi di transfert", mi pare, è spesso usato come sinonimo di "transfert analizzabile".*

Siamo pienamente d'accordo con l'affermazione di Brenner e vorremmo suggerire che il concetto di nevrosi di transfert è sopravvissuto alla sua utilità, soprattutto perché è spesso usato come sinonimo di transfert in generale, e ciò genera confusione. Ciononostante, è importante sapere che la gamma di manifestazioni transferali è ampia, variando dal cosiddetto "transfert del carattere" ad un talmente intenso coinvolgimento verso l'analista che i pensieri e i sentimenti che riguardano la persona dell'analista possono occupare la maggior parte della vita psichica del paziente. E' interessante notare che Moore e Fine, nella loro prima edizione del *Glossario di Termini e Concetti Psicoanalitici* (1968) definiscano la nevrosi di transfert come la nuova "versione" della nevrosi, che si sviluppa durante la terapia analitica", mentre nella versione successiva *Termini e Concetti Psicoanalitici* (1990) la nevrosi di transfert non è una voce separata ma viene solo menzionata di passaggio sotto la voce "Transfert".

### La teoria kleiniana di transfert

Fin dall'inizio, la tecnica analitica introdotta da Melanie Klein ha sottolineato la centralità dell'interpretazione di transfert. Il transfert era considerato un riflesso delle fantasie inconse del paziente e, a tale proposito, Segal (1981) ha osservato:

*Nel mondo di fantasia del paziente, la figura più importante è l'analista. Dire che tutte le comunicazioni vengono considerate comunicazioni della vita di fantasia del paziente come pure della vita sua esterna quotidiana equivale a dire che tutte le comunicazioni contengono qualcosa di attinente alla situazione transferale. Nella tecnica kleiniana l'interpretazione del transfert è spesso più centrale che non nella tecnica classica.*

Spillius (1988), lei stessa un'analista kleiniana, osserva, in un attento riesame degli articoli clinici kleiniani, i cambiamenti avvenuti nella tecnica kleiniana a partire dalla fine degli anni '40. Sottolinea che in generale il punto di vista kleiniano sul transfert è che il transfert è

*l'espressione nella situazione analitica delle forze e relazioni del mondo interno. Il mondo interno stesso è considerato come il risultato di un continuo processo di sviluppo, il prodotto di una continua interazione fra la fantasia inconscia, le difese e le esperienze con la realtà esterna sia nel passato che nel presente. L'enfasi posta dalla Klein e dai suoi successori sulla pervasività del transfert deriva dall'uso kleiniano del concetto di fantasia inconscia, che è considerata come alla base di ogni pensiero, sia razionale che irrazionale. Non può esserci quindi una categoria speciale di pensieri e sentimenti razionali e appropriati che non necessitano di essere analizzati ed un secondo genere di pensieri e sentimenti che sono invece irrazionali e irragionevoli e che perciò esprimono il transfert e devono essere analizzati.*

Tuttavia, Spillius sottolinea che la maggior parte degli articoli kleiniani scritti negli anni '50 e '60 tendeva ad "enfaticizzare la distruttività del paziente in un modo che oggi consideriamo che possa essere risultato persecutorio per il paziente. Una seconda caratteristica di questi primi articoli è che le fantasie inconse venivano chiaramente interpretate al paziente in maniera immediata e molto diretta nel linguaggio degli oggetti parziali (il seno, il capezzolo, il pene ecc)".

Spillius osserva che gradualmente si sono verificati dei cambiamenti nella tecnica di interpretazione kleiniana. Si sono attenuati l'enfasi sulla distruttività e l'uso del linguaggio degli oggetti parziali, e il concetto di identificazione proiettiva (introdotta da Melanie Klein nel 1946) ha cominciato ad essere usato in modo più esplicito nelle interpretazioni di transfert. E' stata posta

maggior enfasi sul vivere le esperienze nel transfert, anziché pensarle e parlarne, ed è stata accentuata l'importanza della pressione inconscia esercitata dal paziente sull'analista per spingerlo "a stare al suo gioco". È cresciuto anche l'interesse per il ruolo del passato così come si presenta nella relazione attuale paziente-analista. Spillius rileva che interpretazioni che erano state formulate in termini di contenuto verbale e comportamentale "visto in una forma rigidamente simbolica sembra oggi siano state di detrimento all'apprezzamento di momenti vitali di contatto emotivo. Tali interpretazioni non si basano sulla recettività dell'analista verso il paziente, ma sul desiderio dell'analista di trovare nel materiale del paziente conferma delle idee che si era già formato".

Un importante ampliamento della teoria kleiniana del transfert è contenuto in un articolo della Joseph (1985) su "*Transfert: la situazione totale*". Ella amplia il concetto di transfert considerandolo come "una cornice all'interno della quale succede sempre qualcosa, dove c'è sempre movimento e azione." Non solo ciò che avviene nel transfert è una ripetizione del passato, ma al contrario tutto ciò che avviene in analisi è transfert. Per spiegare ciò, la Joseph descrive la confusione originata in una collega dal lavoro con un paziente estremamente difficile. L'analista era insoddisfatta dal suo modo di condurre l'analisi, e il suo problema venne discusso in un seminario. Coloro che erano presenti ebbero difficoltà a capire ciò che stava accadendo, finché non si affacciò l'idea che il problema che c'era nel seminario riflettesse la difficoltà dell'analista nel transfert. Si giunse alla conclusione che la confusione dell'analista era il risultato della proiezione da parte del paziente sull'analista del proprio confuso mondo interno, e che i tentativi non riusciti di interpretare il significato delle associazioni del paziente rispecchiavano il sistema difensivo proprio del paziente, "che dava un pseudo significato all'incomprensibile". La Joseph commenta: "Se lavoriamo solo sul materiale verbalizzato, non prendiamo veramente in considerazione la relazione oggettiva che viene messa in atto nel transfert". Un elemento fondamentale in tutto ciò è l'esternalizzazione della relazione d'oggetto interna attraverso il meccanismo della identificazione proiettiva (Klein, 1946). Da ciò consegue che viene attribuita una grande importanza tecnica alla capacità dell'analista di contenere ed essere consapevole delle proiezioni del paziente, di sperimentarle nel controtransfert (Cap. 6) e di rimandarle al paziente sotto forma di adeguate interpretazioni. Vale la pena notare che mentre per la Klein l'identificazione introiettiva era il processo di prendere un oggetto esterno nell'Io o Sé, l'identificazione proiettiva fu considerata come il processo contrario, quello di mettere alcuni aspetti del Sé nell'oggetto, cioè far sì che l'oggetto contenga un aspetto del proprio sé (vedi Sandler, 1987, per una approfondita discussione dell'argomento).

Con questo approccio tecnico l'attenzione dell'analista si rivolge principalmente a cercare un contatto emotivo col paziente nell'"hic et nunc" dell'analisi. Ci sembra, tuttavia, che la tentazione di considerare tutto ciò che avviene in analisi come transfert, e di comprendere questo transfert sulla base dei sentimenti e delle fantasie controtransferali, possa portare ad una forma di "analisi controtransferale selvaggia". Spillius (1988) è consapevole del rischio quando osserva che ci può essere una tendenza, soprattutto per l'analista inesperto, "a preoccuparsi eccessivamente di tenere d'occhio i propri sentimenti come indizio principale di ciò che sta avvenendo nella seduta, a scapito del suo contatto diretto con il materiale del paziente".

A differenza della posizione assunta dagli autori kleiniani, molti analisti – noi compresi – considerano che non tutto ciò che il paziente porta in seduta debba essere considerato transfert. Anna Freud (1968), per esempio, ha criticato l'applicazione indiscriminata del concetto di transfert, ed un'utile rassegna della controversia su questa questione si può trovare in "*Soltanto interpretazioni di transfert?*" di Leites (1977).

È un errore ed una semplificazione immaginare che tutto il materiale del paziente sia transfert. Sembra che l'idea che "tutto è transfert" sia sorta proprio perché molti analisti per principio si concentrano sugli aspetti transferali del materiale del paziente a scapito degli aspetti non transferali. Sono gli aspetti transferali che abitualmente si possono esaminare e interpretare più direttamente ed efficacemente degli altri; di conseguenza la centralità del transfert è in una certa

misura un artefatto tecnico che deriva dall'opinione che solo le interpretazioni di transfert portano al cambiamento psichico.

L'analista non è soltanto un partner passivo nella relazione transferale. Questo aspetto verrà discusso dettagliatamente in seguito. Qui è bene sottolineare che la personalità dell'analista gioca un ruolo importante nel determinare la natura del transfert del paziente. Perciò coloro che sostengono che "tutto è transfert" tendono a trascurare la funzione dell'analista come persona reale impegnata in un compito di collaborazione con il paziente e pongono l'attenzione invece sulle distorsioni transferali della percezione e delle fantasie che il paziente ha dell'analista (Escoll, 1983; Thomas, 1984). Greenson differenzia il transfert dall' "alleanza di lavoro" (1965) e dalla "relazione reale" del paziente con il suo analista (Greenson & Wexler, 1969). Szasz (1963) cerca di discutere le difficoltà che sorgono nel distinguere il transfert dalla "realtà", come fanno Laplanche e Pontalis (1973).

Sebbene parlare di transfert puramente in termini di una qualche forma di esternalizzazione di relazioni oggettuali interne, come fanno alcuni analisti kleiniani, sia certamente un punto di vista troppo generico, non vi è dubbio che questi processi hanno un ruolo importante nelle concezioni attuali del transfert. Ne discuteremo ulteriormente più avanti.

### Il transfert e l'esternalizzazione

La discussione a proposito dell'estensione del concetto di transfert in questo capitolo ha dimostrato che il termine è venuto a significare molto di più che non la semplice ripetizione di importanti relazioni infantili. Un fattore importante nell'ampliare il concetto è stata la crescente rilevanza attribuita al ruolo delle cosiddette relazioni oggettuali interne nella vita psichica. L'elaborazione delle idee teoriche relative agli oggetti interni portò ad un punto di vista del transfert in cui la "proiezione" o "esternalizzazione" delle relazioni oggettuali interne assunse un ruolo rilevante. Kernberg (1987) scrive:

*L'analisi del transfert consiste nell'analisi del riattivarsi nell'hic et nunc di relazioni oggettuali internalizzate del passato. L'analisi delle relazioni oggettuali internalizzate del passato nel transfert costituisce, allo stesso tempo, l'analisi delle strutture componenti dell'Io, del Super-io, dell'Es e dei loro conflitti intra ed interstrutturali.*

E aggiunge:

*Ritengo che le relazioni oggettuali internalizzate non riflettano le relazioni oggettuali reali del passato. Piuttosto, riflettono una combinazione di internalizzazioni realistiche e fantastiche – e spesso fortemente distorte – di quelle relazioni oggettuali del passato e delle difese contro di esse erette a seguito dell'attivazione e della proiezione di derivati pulsionali istintuali. In altre parole, c'è una tensione dinamica tra il 'qui e ora', che riflette la struttura intrapsichica, e il 'là e allora' delle determinanti genetiche inconsce che derivano dal passato "reale", la storia evolutiva del paziente.*

Loewald (in un Panel riportato da Valenstein, 1974) ha commentato a questo proposito che "quando parliamo di esperienze non parliamo di "fatti oggettivi". Parliamo delle esperienze che il bambino ha, nei vari stadi del suo sviluppo, nelle interazioni con il mondo esterno, con gli oggetti. Queste esperienze si possono ripetere nel transfert e si può dire che sono fantasie, ... non fatti come sarebbero visti da un osservatore oggettivo, ma elaborazioni, a cui il paziente nell'infanzia aveva contribuito, di ciò che "realmente avvenne". Secondo noi è proprio perché la rappresentazione interna dell'oggetto come pure la rappresentazione del sé sono fortemente modificate durante lo sviluppo dai processi difensivi quali la proiezione, l'identificazione, e lo spostamento, che dovremmo parlare piuttosto di rappresentazioni "interne" e non "internalizzate".

Schafer (1977) dice molte cose interessanti contribuendo alla nostra comprensione degli oggetti interni. Dopo aver fatto il resoconto dell'analisi di un paziente, scrive:

*Innanzitutto quando dico "suo padre" mi riferisco all'immagine del padre che ritengo sia stata solo in parte fedele al padre considerato più oggettivamente. Era un'immagine conservata per lo più inconsciamente e costruita durante le diverse fasi dello sviluppo psicosessuale. In secondo luogo, questa immagine era stata definita principalmente attraverso uno stringente esame dei suoi vari transfert paterni e delle mie reazioni controtransferali ad essi. In terzo luogo, era stato possibile definire questi transfert in modo chiaro soltanto separandoli da una serie di transfert materni, ciascuno con la propria complessità evolutiva e comportamentale. Quarto, i dati analitici rilevanti includevano la solita ampia gamma di fenomeni: andavano dalle fantasie e messe in atto corporee, quali la costipazione, la masturbazione e le idee arcaiche di castigo e danno, a seri tentativi di ricordare, ricostruire, e organizzare in che modo gli eventi, a lungo ricordati in maniera nevrotica, erano realmente accaduti.*

Come abbiamo visto, l'approccio kleiniano al transfert in quanto esternalizzazione viene formulato in termini concreti, comprese affermazioni quali "mettere nell'analista parti scisse del sé o parti di un oggetto interno, o il concetto di analista come "contenitore" (Bion, 1962). Dall'altra parte, gli autori non kleiniani (vedi Bollas, 1987) parlano più in termini di esternalizzazione di una relazione oggettuale interna che non in termini di identificazione proiettiva (vedi Berg, 1977). Sandler (1983) osserva:

*Per comprendere il transfert è importante considerare che gli introietti vengono costantemente esternalizzati, in un certo senso vengono attualizzati in modo tale che possono essere messi in relazione con oggetti esterni piuttosto che interni. Probabilmente questa tendenza ad esternalizzare i propri introietti è una tendenza abbastanza generale....E' una tendenza che si può osservare particolarmente bene nella situazione psicoanalitica dove regolarmente assistiamo a tentativi di forzare, manipolare o sedurre l'analista ad assumere il ruolo di un proprio introietto per potere rendere reale lo scenario di una fantasia interna che implica un dialogo tra il sé e l'introietto. Questa esternalizzazione va considerata del tutto legittimamente come una forma di transfert ed è certamente un grave errore considerare l'esternalizzazione di una relazione oggettuale interna semplicemente come il soddisfacimento diretto o indiretto di desideri inconsci, in precedenza collegati ad una figura del passato e trasferiti sull'analista nel presente in forma mascherata.*

#### Considerazioni evolutive in relazione al transfert

Uno dei motivi delle critiche mosse al concetto di nevrosi di transfert è la consapevolezza che non si può collegare del tutto il transfert alle esperienze ed ai conflitti edipici, come avveniva in passato. La tendenza, allora, era di considerare ogni manifestazione transferale con caratteristiche pre-edipiche come un ritiro regressivo da un conflitto edipico intollerabile. Poiché ci si è progressivamente convinti che i conflitti pre-edipici esistono di per se stessi, l'attenzione è stata rivolta agli aspetti evolutivi del transfert. (vedi Escoll, 1983). Arlow (citato da Velenstein, 1974) scrive:

*Gli sviluppi nell'analisi infantile e l'osservazione diretta dei bambini, ed una sfera più ampia di interesse ed esperienza psicoanalitici con l'analisi dei disturbi di carattere, delle perversioni, dei pazienti borderline e dei disturbi narcisistici della personalità, hanno sempre più sottolineato l'importanza delle relazioni oggettuali precoci per la formazione dell'io che si sta sviluppando, normalmente o difettosamente nell'ambito della precoce relazione madre-bambino.*

Settlage (citato da Escoll, 1983) commenta:

*Con l'arresto o l'insuccesso del processo evolutivo, c'è una necessità continua di farlo ripartire...nella relazione analitica...l'interpretazione di transfert libera il processo evolutivo permettendo la distinzione tra l'oggetto transferale del passato, connesso alla patologia, e*

*l'analista quale oggetto nuovo, neutrale e reale nel presente... Nel lavoro clinico con i bambini e gli adulti, è divenuto possibile, più che in passato, distinguere la rappresentazione nel transfert delle strutture e conflitti patologici dello sviluppo precoce, e decifrare le sue relazioni con le strutture e i conflitti dello sviluppo successivo.*

I processi evolutivi post-edipici, compresi quelli della vita adulta, sono anch'essi significativi nella personalità e patologia. Colarusso (in Escoll, 1983), riferendosi ad un precedente lavoro (Colarusso & Nemiroff, 1979), sottolinea:

*Lo sviluppo nell'adulto è un processo dinamico continuo...lo sviluppo adulto riguarda la continua evoluzione della struttura psichica esistente e il suo uso...i processi evolutivi nell'età adulta sono influenzati dal passato adulto così come da quello infantile. All'interno di questo schema concettuale, il passato adulto può diventare un importante fonte di transfert... i problemi evolutivi fondamentali dell'infanzia continuano ad essere aspetti fondamentali della vita adulta, ma in forma modificata.*

E aggiunge:

*La nevrosi quale si presenta nell'adulto è il risultato della predisposizione infantile, della successiva elaborazione, e dell'esperienza evolutiva attuale, tutto condensato nel quadro sintomatologico prodotto dall'apparato psichico del presente...la cornice di riferimento dell'evoluzione dell'adulto aggiunge una nuova e complementare dimensione al transfert. Facendo luce sui processi evolutivi nell'adulto e collegandoli alla esperienza infantile, la cornice di riferimento dell'evoluzione adulta influenza l'atteggiamento dell'analista nei confronti del suo paziente adulto e aumenta la sua comprensione del materiale transferale derivante da tutte le fasi evolutive.*

Può essere utile concludere questo capitolo riassumendo e commentando i vari significati con cui viene usato il termine “transfert”:

1. per includere quella che abbiamo descritto come alleanza terapeutica; (Capitolo 3)
2. per indicare l'emergere di sentimenti e comportamenti infantili sotto una nuova forma, essenzialmente una ripetizione mascherata del passato, ora rivolti verso l'analista, seguendo la descrizione di Freud;
3. per includere “il transfert di difesa” e le “esternalizzazioni” delle istanze psichiche descritti da Anna Freud;
4. per comprendere tutti i pensieri, gli atteggiamenti, le fantasie e le emozioni “inappropriati” che sono  
reviviscenze del passato e che il paziente può dispiegare (che ne sia conscio o meno) nei confronti dell'analista; ciò comprenderebbe cose come le iniziali ansie “irrazionali” del paziente circa il dover andare in terapia e particolari atteggiamenti verso le persone che sono caratteristiche della sua personalità, e che si mostrano anche nei confronti dell'analista;
5. per riferirsi all'esternalizzazione di relazioni oggettuali interne attuali, che influenzano di conseguenza la percezione che il paziente ha dell'analista. Ciò comprende la varietà di meccanismi inclusi sotto la voce “identificazione proiettiva”;
6. per comprendere *tutti* gli aspetti della relazione del paziente con l'analista: questo modo di vedere il transfert considera tutti gli aspetti del coinvolgimento del paziente con l'analista come una ripetizione delle relazioni passate (solitamente le più precoci); in effetti, ogni comunicazione o espressione verbale o non verbale del paziente durante l'analisi può essere considerata transfert; gli analisti che hanno questa concezione del transfert ritengono che tutte le associazioni del paziente si riferiscono a qualche pensiero o sentimento sull'analista.

L'uso così allargato del concetto, per cui ogni comunicazione e ogni comportamento all'interno del setting psicoanalitico viene considerato come transfert, toglie ogni valore al concetto quando lo si voglia estendere al di fuori del trattamento psicoanalitico, perché ne conseguirebbe che ogni comportamento e ogni relazione possono essere descritti come transfert e considerarsi quindi come una ripetizione delle relazioni passate. Se è vero che certi aspetti delle reazioni passate e

anche delle esperienze infantili tenderanno a ripetersi nel presente in ogni sorta di situazione e relazione, e che la realtà presente tenderà sempre ad essere percepita in una certa misura nei termini del passato, ci sono anche dei fattori che si oppongono a questa distorsione. Per esempio, nei normali rapporti umani, la persona verso la quale è diretto il transfert spesso agisce in modo da correggere la percezione transferale distorta che si è creata: essa può acconsentire o meno ad assumere il ruolo transferale che le è stato imposto (capitolo 6). Invece, sembra probabile che la relativa mancanza di possibilità di “testare” la realtà nella situazione di terapia psicoanalitica permetta alle distorsioni transferali di svilupparsi rapidamente e di essere riconosciute molto chiaramente. L’analista, da un lato, offre una possibilità di sviluppo alle distorsioni transferali, evitando un feedback di realtà che corregga l’errata percezione del paziente e, dall’altro, non accetta il ruolo in cui tende a costringerlo il transfert del paziente, consentendo così l’esame dei fattori irrazionali che hanno determinato il transfert.

Sulla base di un esame del materiale psicoanalitico infantile, Sandler e al.(1969) rifiutano la nozione che tutto il materiale del paziente possa essere considerato transfert e sottolineano, invece, che proprio il concetto di transfert come fenomeno unitario o “unidimensionale” può impedire la comprensione di ciò che sta accadendo nella relazione tra il paziente e il suo analista. Essi suggeriscono che l’analista non dovrebbe pensare esclusivamente a distinguere ciò che è transfert da ciò che non lo è, ma dovrebbe piuttosto capire i diversi aspetti della relazione man mano che essi appaiono nell’analisi, in particolare quelli diretti verso la persona dell’analista. Si sostiene cioè che per capire il concetto clinico di transfert bisogna studiare le relazioni in generale. Il transfert è una manifestazione clinica particolare delle diverse componenti delle normali relazioni. Gli autori sottolineano che il particolare carattere della situazione psicoanalitica può facilitare la comparsa di particolari aspetti delle relazioni, soprattutto aspetti di relazioni passate, ma anche che è della massima importanza operare delle distinzioni all’interno di questi vari elementi, anziché considerare *tutti* gli aspetti della relazione paziente-analista come una ripetizione di relazioni passate con figure significative.

Sembra dunque importante fare una distinzione tra la tendenza generale a ripetere nel presente rapporti passati (per es. come si può osservare in persistenti tratti di carattere quali il “bisogno di attenzione”, l’“atteggiamento provocatorio”, l’“intolleranza verso l’autorità” eccetera) e un *processo* caratterizzato dallo sviluppo di sentimenti e atteggiamenti diretti verso un’altra persona (o un’istituzione) che rappresenta il concentrato di atteggiamenti o sentimenti, inappropriati per il presente, e diretti *in modo del tutto specifico* verso l’altra persona o l’istituzione. In questa prospettiva, le angosce che il paziente può provare nell’iniziare il trattamento non debbono necessariamente essere considerate come transfert, pur potendo essere una ripetizione di qualche importante esperienza precedente. D’altro canto, un paziente che è stato in trattamento per un certo periodo di tempo può sviluppare sentimenti di paura all’idea di continuarlo – paura che ora è ritenuta o sentita dal paziente come una funzione delle specifiche caratteristiche del terapeuta, anche se la realtà può fornire ben scarso fondamento per queste sue convinzioni e sentimenti di transfert. In questo senso, il transfert può essere considerato come un’*illusione specifica* che si sviluppa nei riguardi dell’altra persona e che, all’insaputa del soggetto, rappresenta, in certi suoi aspetti, una ripetizione di un rapporto verso un’importante figura del passato o un’esternalizzazione di una relazione oggettuale interna. Va sottolineato che il paziente sperimenta tutto ciò come se fosse strettamente appropriato alla situazione presente e alla persona in questione.

Schafer (1977) ha fatto un interessante commento sulla relazione tra passato e presente nel transfert:

*I fenomeni transferali che alla fine costituiscono la nevrosi di transferi devono essere considerati regressivi solo per alcuni aspetti. E’ così perché, visti come conquiste dell’analisi, non sono mai esistiti prima in quanto tali; piuttosto, costituiscono una creazione ottenuta attraverso una nuova relazione iniziata per un disegno conscio e razionale....Sembra più appropriato o equilibrato considerare i fenomeni transferali come aventi un significato multidirezionale piuttosto che vederli come fenomeni semplicemente regressivi o ripetitivi. Ciò significherebbe guardarli in modo analogo al modo in cui guardiamo opere d’arte creative.*

*Vedremmo che i transfert creano il passato nel presente, in un particolare modo analitico e in condizioni favorevoli. In sostanza, essi rappresentano un progresso, non un regresso.*

Va aggiunto che il transfert non deve essere per forza limitato alla percezione illusoria di un'altra persona, ma comprende i tentativi inconsci (e spesso sottili) di manipolare o provocare delle situazioni relazionali con altre persone che sono ripetizioni mascherate di precedenti esperienze e relazioni, o l'esternalizzazione di una relazione oggettuale interna. E' stato sottolineato prima che quando queste manipolazioni o provocazioni transferali avvengono nella vita comune, la persona verso la quale sono dirette può mostrare di non accettare il ruolo o, se è predisposta in quel senso, di fatto accettarlo e comportarsi di conseguenza. E' probabile che accettare o rifiutare un ruolo non dipenda dalla consapevolezza conscia di ciò che accade, ma, piuttosto, da indizi inconsci. Gli elementi transferali fanno parte in varia misura di ogni relazione, e questa (per es. la scelta del coniuge o del datore di lavoro) è spesso determinata da alcune caratteristiche dell'altra persona, che presenta qualche attributo di un'importante figura del passato.

E' utile differenziare gli elementi transferali da quelli non transferali, anziché etichettare tutti gli elementi della relazione (che nascono dal paziente) come transfert. Ciò può portare ad una maggiore precisione nel definire gli elementi clinicamente importanti in tutta una serie di situazioni, aiutando meglio ad elucidare i rispettivi ruoli giocati dai molti fattori che entrano a far parte dell'interazione tra paziente e terapeuta.